

paroles d'étudiants





éditorial

paroles d'étudiants	3
---------------------	---

nouvelles de l'école

perspectives de recherche de l'URD	4
PRAQSI : 8 ^e colloque international	6
éveils : fenêtres ouvertes sur la pratique méditative dans les religions	7
formation à la recherche / une approche globale	7

nouvelles de l'institut

les rencontres de La Source	9
-----------------------------	---

nouvelles de la clinique

une machine révolutionnaire : le PET/CT	11
---	----

dossier : paroles d'étudiants

l'attachement père-enfant en maternité : quel rôle pour le père ? simple visiteur ou partenaire ?	13
vivre et dépasser les vécus de honte dans la collaboration	19
infirmier-ère spécialisé-e en gériatrie. Un « Révélateur d'aptitudes »	23
l'étrangère dans la maison	28
quatre étudiants « Sourciens » en voyage à Bruxelles	31

association

communiqué de la présidente	33
bref rappel...	33

faire-part

décès	35
naissances	35

paroles d'étudiants

Donner la parole aux étudiants: donner une voix à l'expression écrite?

Défi ou simple formalité? Si nous nous référons à la tendance actuelle privilégiant le zapping, la communication stéréotypée, codée du S.M.S nous pourrions présumer que se mettre à la recherche d'étudiants «écrivassiers» requiert maintes et maintes sollicitations. Affirmer que cela s'avère simpliste serait pure mensonge; en réalité la stratégie adéquate consiste à donner envie aux étudiants de partager aux autres - les lecteurs - leurs expériences, leurs réflexions, leurs découvertes, leurs recherches...

Une fois l'appréhension de la page blanche dépassée les mots, les phrases prennent forme, les idées se mettent en place. A cela on ajoute quelques petits coups de pouce, on peaufine et le tour est joué!

Vous verrez chers fidèles lecteurs qu'une fois de plus les étudiants nous donnent à lire des articles fort intéressants et variés. Dans les diverses rubriques se dégagent des valeurs essentielles qui sont intimement liées à notre profession, à ce qui fait que nous l'aimons et que nous la défendons.

Nos étudiants ne sont pas à court d'arguments, une fois de plus ils nous le prouvent. Ainsi ils ont la générosité du cœur, de l'humour, ils se mettent en avant, se hasardent à dévoiler leurs opinions, osent relater des événements qui les confrontent, des sentiments plus ou moins forts. En cela ils se montrent généreux et nous savons combien la générosité est essentielle dans l'acte de soigner.

Enfin à la Haute Ecole de la Santé de la Source la vie estudiantine ne se résume pas unique-

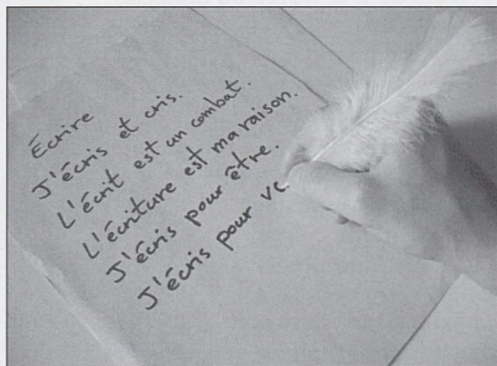
ment à vivre au sein de l'école, ou à effectuer des stages qui les mènent à la professionnalisation. Parfois elle réserve des surprises agréables comme la participation à un congrès: souvenirs de quatre étudiants relatés de manière légère, humoristique.

Les étudiants, les professionnels-étudiants s'exprimant, dans ce numéro, ont des parcours distincts mais ce qui les rapproche, c'est la volonté de se faire entendre, de partager leurs convictions et leurs aptitudes.

Nous espérons que vous aurez autant de plaisir que nous à la lecture de leurs mots qui parfois s'avèrent la traduction de maux.

Et pourquoi ne pas clore cet éditorial par une citation amusante de Hans Arp¹ «*C'est en écrivant que l'on devient écrivain.*»

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice Journal Source



© Archives Atelier Grand SA

¹ Hans Arp- 1887-1966. Sculpteur, peintre et poète français.

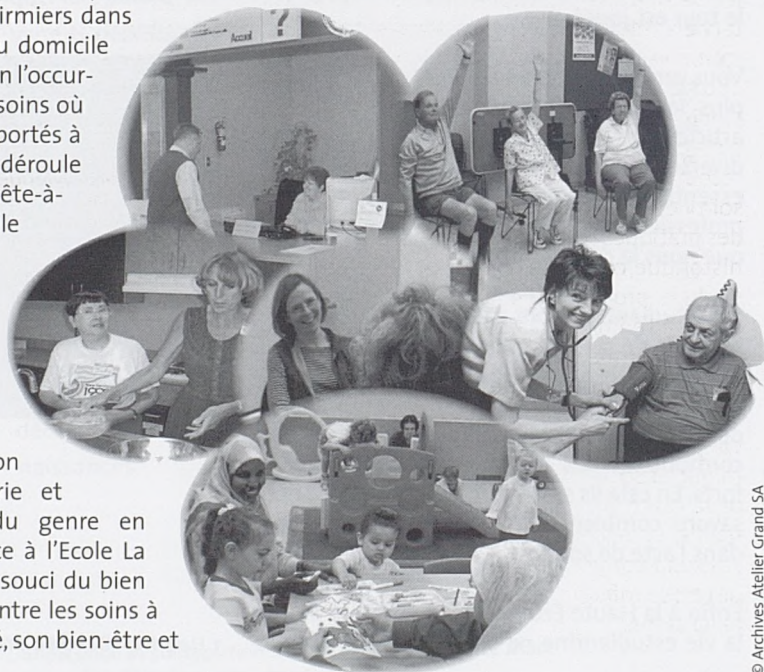
perspectives de recherche de l'URD

Le lien entre travail communautaire et santé est une thématique chargée d'une longue histoire au sein de l'Ecole La Source. Forte d'une très ancienne expérience professionnelle de présence infirmière auprès des malades à domicile, la profession infirmière devient peu à peu reconnue et retenue comme acteur important de santé publique par les institutions publiques en charge de ce domaine. L'Ecole La Source s'est montrée pionnière en matière d'enseignement des soins à domicile, produisant progressivement une théorisation sur le rôle infirmier dans ce domaine ainsi que dans celui de la formation à cette pratique professionnelle. Or, la santé communautaire, dans son acception actuelle, trouve entre autres ses racines dans les connaissances puisées par les professionnels infirmiers dans le cadre de leur travail au domicile des malades, c'est-à-dire en l'occurrence dans un espace de soins où le processus des soins apportés à la personne malade se déroule essentiellement dans le tête-à-tête entre l'infirmière, le malade et son entourage. Cependant, de l'expérience à la conceptualisation menant à une démarche de formation, la route est longue.

Un module de formation post-diplôme en gériatrie et gérontologie, premier du genre en Suisse, a été mis en place à l'Ecole La Source dès 1991. Ainsi, le souci du bien vieillir et l'inter-relation entre les soins à la personne âgée, sa santé, son bien-être et

celui de son entourage, figurant au catalogue des préoccupations infirmières depuis bien longtemps, trouvent dès lors une traduction en termes d'enseignement. L'introduction de ce champ de formation en tant que tel dans le cursus de professionnalisation infirmière est indicatrice d'une prise de conscience, elle-même génératrice d'une offre de formation approfondie.

Parallèlement, mais avec une élaboration encore en cours à ce jour, les déclarations de l'OMS nommant les soins de santé primaires (Alma-Ata, 1978) et la santé communautaire (Ottawa, 1986), définissant l'entretien de la santé comme étant l'affaire de tout un chacun, suscitent au sein de la profession infirmière une profonde reconsidération de son rôle. Si chacun est désigné par l'OMS entrepreneur de sa santé, les professionnels des soins infirmiers



ont un rôle moteur dans cette dynamique. C'est sur la base de ce mouvement qu'un module de santé communautaire, s'adressant aux professionnels du soin actifs dans différents domaines publics où les interactions sociales appellent des considérations de santé, est instauré à l'École La Source dès la fin des années 1990. Il s'adresse essentiellement aux professionnels actifs dans des milieux d'éducation, des entreprises, des institutions de santé mentale et psychiatrie, des résidences pour personnes âgées. Cette formation fait actuellement l'objet d'un remodelage dans la perspective d'une formation post-grade en santé communautaire. Tenant compte de ce profil marqué de notre école et dans l'idée de le consolider sur les plans heuristique et épistémologique, l'unité de recherche a pour projet de concentrer dès à présent les efforts de recherche autour des thématiques afférentes aux approches communautaires de la santé.

Un second axe prioritaire de notre travail s'attache à l'étude du processus de professionnalisation vécu par la profession infirmière, ce qui peut se traduire par l'intention de rendre visible l'invisible des pratiques infirmières. Ce champ d'étude cherche à mettre en lumière ce que recouvre concrètement les termes « prendre soin » et « les soins ». A travers une observation des pratiques d'aujourd'hui dans leur évolution historique, couplée à l'évolution de la formation et de la profession, nous pensons porter une pierre à l'édifice de la professionnalisation des soins infirmiers. Ce positionnement reflète également un choix de l'ordre d'une affirmation professionnelle: face aux dimensions conjoncturelles, de nature politique, économique et sociale, qui mettent à mal le domaine de la santé, œuvrer à la mise en évidence de la réalité et nécessité des pratiques infirmières s'entend comme une contribution à l'ancrage de cette profession dans l'espace contemporain de la santé.

Les deux axes de recherche présentés ci-dessus s'inscrivent dans des orientations stratégiques délibérées. Cependant, en dépit de ces perspectives de travail dûment réfléchies, les projets de recherche ne sont pas toujours forcément suscités par une rationalité programmée. Dès lors, et afin de ne pas exclure de l'activité de recherche des collègues qui souhaiteraient travailler sur des problématiques ne correspondant pas aux deux axes prioritaires décrits ci-dessus, l'URD prévoit dans les unités de temps réservées aux collaborations des enseignants à la recherche, une réserve pour les thématiques hors programme.

Cette orientation théorique et ces dispositifs pratiques témoignent d'un effort de la part de l'URD de stimulation de la recherche au sein de notre école et d'une intention d'occuper une place dans le champ de la réflexion de la profession sur elle-même et dans celui des sciences sociales en général. Forts de cette perspective de travail, il nous reste à compter sur l'engouement des enseignants de notre école, sur leur esprit critique et sur leur talent de créativité pour apporter des contenus intéressants à ce programme.

Marion Droz Mendelzweig

Anthropologue

Unité de Recherche et de Développement, HES La Source



**RÉSERVEZ
VOS DATES!**

8^e colloque international

le jeudi 9 et le vendredi 10 novembre 2006 à Barcelone (Espagne)

«Plus de soins dans les soins – Vers d'autres possibles»

RÉSEAU MULTINATIONAL DE
RECHERCHE ET DE RÉFLEXION
À PARTIR DE LA PRATIQUE
QUOTIDIENNE DES SOINS INFIRMIERS
www.praqsi.org

SECRETARIAT INTERNATIONAL
HAUTE ECOLE DE LA SANTE LA SOURCE
Av. Vinet 30
CH - 1004 Lausanne – Suisse
Tel: +41 21 641 38 00 – Fax: +41 21 641 38 38

Depuis l'automne 2005, un groupe de professionnels en soins infirmiers issus des lieux de soins, d'enseignement et de la gestion se réunit régulièrement sous l'égide du Réseau PRAQSI en Suisse romande.

L'intention des rencontres consiste à alimenter un lieu d'échanges dont la réflexion porte sur le thème de la prise en compte de la **Perspective soignante** dans nos pratiques quotidiennes.

La réflexion du groupe a commencé en septembre 2005 lors du *Séminaire itinérant* qui s'est tenu sous l'égide du Comité international PRAQSI. Lors de la rencontre, le questionnement a porté sur les enjeux et les risques liés au passage d'une pratique infirmière à une pratique soignante. Depuis, la réflexion chemine de la question de la prise de recul à celle de savoir «comment grandir dans sa pratique?», tout en se demandant «comment voir les choses autrement?». Actuellement, nous nous proposons de réfléchir à nos situations professionnelles

(soins, enseignement, gestion) aux contradictions et contraintes que celles-ci portent en elles (par exemple, l'impact du dossier informatisé sur la pratique soignante).

Chacune, chacun est aimablement conviéE aux séances. Les rencontres sont ouvertes à toute personne – membre ou non de PRAQSI – qui désire échanger sur sa pratique. Une seule contrainte: nous vous serions reconnaissants d'annoncer votre présence à l'avance afin de faciliter l'organisation de la séance.

Prochaine rencontre:

le mardi 4 avril 2006, de 18 h 00 à 20 h 00
Haute Ecole de la Santé La Source à Lausanne.

Pour contact:

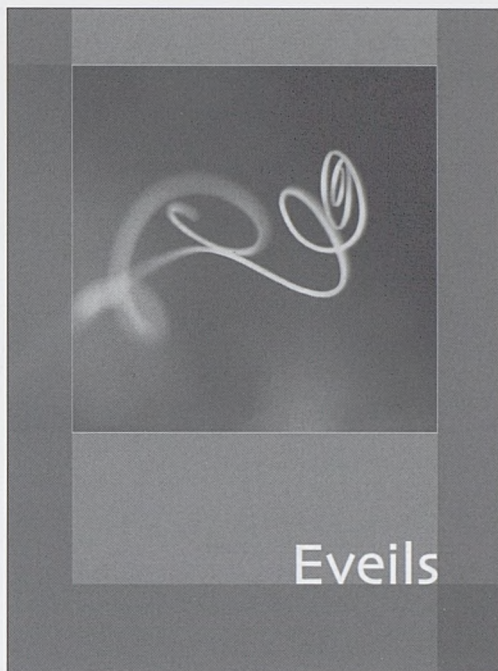
Blaise Guinchard, vice-président PRAQSI Suisse
Tel. +41 21 641 38 68,
email: b.guinchard@praqsi.org
Sur internet: www.praqsi.org

éveils: fenêtres ouvertes sur la pratique méditative dans les religions

Partout dans le monde, l'être humain médite. Fuite du réel?

Au contraire: méditer, c'est s'éveiller.

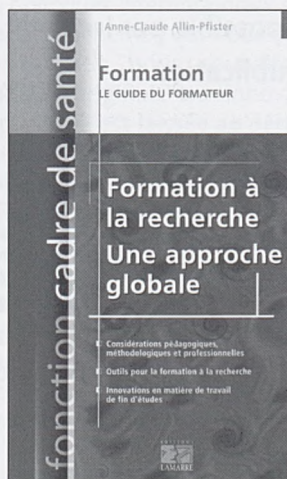
Du mardi 21 mars au vendredi 31 mars, l'Ecole La Source ouvre ses portes à une exposition itinérante, élaborée et proposée par l'aumônerie des Hautes Ecoles du canton de Vaud. 14 panneaux, hauts en couleur, vous invitent à vous arrêter un moment dans votre course quotidienne pour vous inspirer d'une autre quête, millénaire, qui cherche à relier et unifier l'être humain en son corps, âme et esprit par la méditation. L'exposition, comme la méditation, veut créer un espace, ouvrir des fenêtres, éveiller, sensibiliser. Elle sera accompagnée de quelques animations: des tables rondes à la bibliothèque, des initiations au Qi-Gong et à la médi-



Eveils

© Archives ELS

tation. Le programme sera affiché dans l'espace d'exposition. Faites un passage!



Le guide du formateur assorti à celui de vos étudiants:

«Travail de fin d'études: clés et repères»

Anne-Claude Allin-Pfister est professeur en soins infirmiers. Elle bénéficie d'une expérience d'une vingtaine d'années dans l'enseignement de la méthodologie de la recherche, dans l'accompagnement des mémoires de fin d'études, ainsi que dans l'encadrement des mémoires de maîtrise. Elle est, aujourd'hui, à la tête de l'unité de recherche et développement de la Haute Ecole de la Santé La Source à Lausanne.

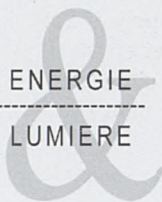
CAUDERAY

Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

ENERGIE

LUMIERE



Rue de Genève 64
à 1004 Lausanne
Tél. 021 620 0 900
Fax 021 620 0 901

info@cauderay.com <http://www.cauderay.com>

Interoffice Gavillet SA
Rue Beau-Séjour 1
Case postale 6259
1002 Lausanne

Tél. (+41) 021 321 20 50
Fax (+41) 021 321 20 51
e-mail: info@gavillet.ch
www.gavillet.ch

interoffice
Gavillet SA

archiutti

volo



Inscription au Journal Source

Une inscription au Journal Source est désormais possible par Internet
sous www.ecolelasource.ch, rubrique « Publications ».

Inscrivez-vous vite !

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

Agencements sur mesures, travaux spéciaux, ébénisterie
Magasins, restaurants, collectivités, pharmacies
Mobilier pour cliniques et cabinets médicaux
Rénovation et entretien d'immeubles
Cloisons phoniques, insonorisantes
Fenêtres bois, bois-métal et PVC

Rue du Maupas 8 bis
1004 Lausanne
Tél. 021 648 58 48
Fax 021 646 71 49

Direction Alain GOSTELI
E-mail: strehl@bluewin.ch

Conseils, devis et projets sans engagement



les rencontres de La Source

Colloques internationaux «INTIMITE ET SEXUALITE DANS LES STRUCTURES DU SYSTEME DE SOINS» Paris, 25 et 26 septembre 2006

Les rencontres de La Source sont organisées sous forme de *Colloques internationaux* au sein desquels les échanges ont lieu en langue française. L'intention des Rencontres de La Source est de proposer aux participants un *espace de réflexions, d'acquisition de connaissances et de partages d'expériences en vue de contribuer à l'émergence chez chacun d'une pensée libre et argumentée.*

Les rencontres de La Source débutent par des *Colloques internationaux* et se prolongent, selon les demandes des participants et des possibilités pratiques, par des *Séminaires locaux* qui s'organisent sous l'égide de l'Institut La Source en vue de prolonger, d'approfondir et de partager la réflexion, notamment avec des personnes n'ayant pu participer aux Colloques.

Les *Colloques internationaux* sont ainsi conçus autour de thèmes qui nous semblent d'actualité ou que nous souhaitons aborder de manière originale ou innovante. Une place importante est laissée au débat et donc à l'expression de la parole de chaque participant ainsi qu'à l'écoute par chacun de la parole exprimée. C'est la raison pour laquelle les Colloques ne réunissent qu'un maximum de quatre-vingts participants en un lieu propice à notre intention. A Paris, il s'agit de l'espace «*Les Films 13*» qui appartient au cinéaste et réalisateur Claude Lelouch, espace qui nous propose accueil, confort et convivialité tant à l'occasion des travaux que des pauses et des repas.

Chaque Colloque est organisé par un *Comité organisateur* garant de la dynamique de la ren-

contre dans l'intention qui l'anime. Pour favoriser l'émergence d'une pensée libre et argumentée qui se chemine et qui se construit, donc, de-là, au gré des apports, des échanges, des prises de conscience, des clarifications et du sens qui émerge, les Colloques ne s'apparentent pas à une succession de conférences et d'exposés suivis d'une séance de questions. Ils ont chacun été pensés autour d'interrogations mises en mots et en forme par le Comité organisateur afin de situer le thème abordé dans un espace à la fois critique et en création.

Les rencontres de La Source

«INTIMITE ET SEXUALITE DANS LES STRUCTURES DU SYSTEME DE SOINS» 25 et 26 septembre 2006

Les interrogations mises en mots et en formes par le Comité organisateur:

- || Oser la tendresse et l'exprimer avec délicatesse: quelles autorisations se donner? Quels moyens déployer?
- || Qu'est-ce que le droit à la sexualité?
- || Quelles sont les formes de sexualité et quelle différence y a-t-il entre sexualité et génitalité?
- || Quelles sont les stratégies de rejet de la sexualité?
- || Que disent à ce jour les connaissances biomédicales sur l'intimité et la sexualité au sein des systèmes de soins?
- || Quand la médecine prend le sexe en mains: quelle obligation de moyens et quels résultats?
- || Que nous donnent à penser la tardive prise en compte de la douleur et l'interdit de la jouissance?
- || Quels sont les rituels de l'intimité et les formes de respect qui y sont associées?
- || Toucher et être touché... est-ce toujours si bon?

- L'intimité émotionnelle et relationnelle.
- Lorsque la sexualité se défend de l'intimité.
- Comment les formations initiales des professionnels de la santé abordent-elles la dimension sexuelle des rapports humains?
- Que peuvent apporter les formations continues pour atténuer la banalisation, le déni ou le rejet de la sexualité au sein des structures?
- La pseudo déssexualisation des contacts soignants/soignés.
- Comment aborder la personne sans la réduire à son affection?
- Quelle place le patient ou le résident veut-il, peut-il ou ose-t-il accorder à sa sexualité?
- Comment accueillir sa souffrance et le non-dit – ou le « mal dit » – dans lequel elle s'enracine?
- Quelle place occupe la réconciliation avec soi-même pour aborder la sexualité – ou son évocation – dans sa pratique professionnelle?
- De l'atteinte à la pudeur à l'invitation à la débauche: quelle est la bonne distance des soignants?
- L'ambiguïté du langage verbal et corporel des professionnels: quelle conscience des « promesses érotiques ».
- Prendre soin de soi, de l'autre, des autres et du monde: une éthique des rapports humains.

Aspects pratiques

Le Colloque se déroule à Paris à l'Espace «Les Films 13», avenue Hoche, 15 – 75008 Paris. A deux pas du parc Monceau. La station de métro la plus proche est Charles-de-Gaulle – Etoile (Lignes 1, 2, 6 et RER A).

Dates: Lundi 25 et mardi 26 septembre 2006

Horaires: accueil à 8h30 – fin à 17h30

Coût: 320 euros, pauses et repas inclus.

Modalités d'inscription:

Les inscriptions sont prises dans l'ordre d'arrivée. Un nombre maximum de quatre-vingts participants, y compris les membres du Comité organisateur, pourront être réunis.

D'autres fiches peuvent être obtenues sur simple demande à Laurent Denizot à l'Institut La Source, soit par téléphone, soit par e-mail à l'adresse: l.denizot@institutlasource.fr

L'inscription est prise en compte dès réception du paiement ou de l'engagement de l'employeur pour les établissements publics français.

L'Institut La Source est un organisme de formation enregistré auprès de la Préfecture de Région.

Les rencontres de La Source

- **Les pédagogies ludiques dans les formations aux pratiques soignantes**

Paris les 27 et 28 mars 2006

En préparation:

- **Parentalité, soin et société**
- **Quand l'exagération du caractère devient maladie – ou la mort de Platon**

Institut La Source

43, avenue Hoche

75008 Paris

E-mail: info@institutlasource.fr – Site Internet:

www.institutlasource.fr

Paris. Lausanne. Bruxelles.

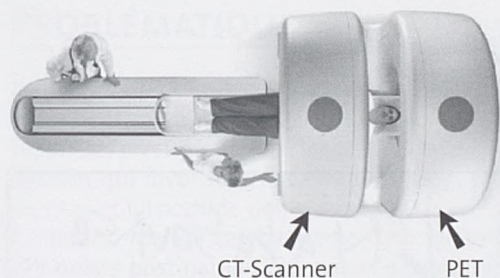
une machine révolutionnaire: le PET/CT

En automne 2005, la Clinique de La Source a équipé son service de médecine nucléaire d'un appareil PET-CT (ou TEP en français: Tomographie par Emission de Positrons) de dernière génération.

Le PET/CT associe la technique d'imagerie morphologique qu'est le scanner à rayons X (anatomie) à l'imagerie fonctionnelle donnée par le PET.

L'oncologie, la cardiologie et la neurologie sont les applications principales de cette technique.

L'appareil a été choisi le plus convivial possible et se divise en 2 parties. Le scanner est séparé du PET par un espace permettant de mieux surveiller le patient.



Qu'est-ce qu'une scintigraphie au 18F-FDG?

Le fluorodésoxyglucose marqué au fluor-18 (18F-FDG) est un analogue du glucose qui s'est imposé pour réaliser in vivo une image scintigraphique de la consommation du glucose par les tissus, en particulier néoplasiques.

Le fluor-18 est un radionucléide émetteur de positons qui est produit dans un cyclotron.

Sa demi-vie de 110 minutes est courte, mais suffisante pour en permettre la livraison à distance du site de production. Nos centres fournisseurs sont situés près de Genève (St Genis) et à l'hôpital universitaire de Zurich. L'heure de fabrication du produit est définie en fonction de l'heure d'injection. La logistique doit donc

être sans faille pour que le 18F-FDG soit injecté au patient au moment où le produit est livré en médecine nucléaire.

Comment se déroule habituellement l'examen pour le patient?

Le patient doit prévoir de consacrer au total 2 heures pour l'ensemble de la procédure.

Il faut être à jeun depuis au moins 6 heures et une bonne hydratation préalable est souhaitable.

On réalise en premier lieu une glycémie. Après l'injection du FDG, le patient est installé dans une cabine pour une heure de repos strict.

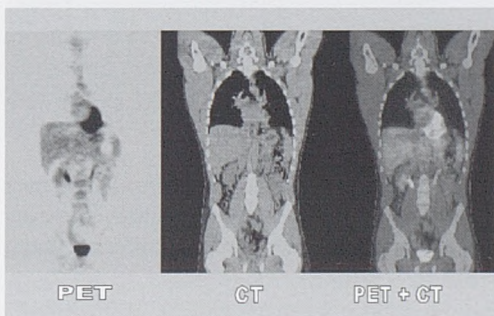
Une fois sur la table d'examen, le CT-Scanner est réalisé en 5 minutes et le PET dans le même mouvement en 20 minutes.

A la fin de l'examen, la radioactivité résiduelle du F18 est négligeable et le patient peut rentrer à son domicile.

La grossesse est la seule contre-indication à l'examen.

Le diabète sucré n'en est pas une mais la sensibilité à l'examen risque d'être diminuée.

Quel est l'aspect normal d'un examen au 18F-FDG?



Le cerveau (non visualisé sur cette image) fixe le FDG de façon intense puisque le glucose constitue son substrat énergétique essentiel.

Le glucose est également consommé par les muscles et en particulier le myocarde.

C'est pour diminuer la fixation myocardique et musculaire que l'injection est effectuée chez le patient à jeun et au repos.

Le système urinaire est également visualisé de même que le tube digestif.

Les tumeurs malignes peuvent être décelées par le 18F-FDG et le mécanisme d'accumulation n'est pas spécifique d'un type histologique.

Les indications principales (remboursées par les assurances maladie) sont:

Pour l'oncologie: les bilans d'extension (cancer colique, du sein, du poumon, de l'œsophage, du cou, des testicules), le lymphome, le mélanome et les contrôles de l'efficacité thérapeutique après chimiothérapie.

Les tumeurs agressives ou mal différenciées fixent généralement davantage que les cancers bien différenciés ou que les cancers à cinétique de croissance lente (cancer de la prostate ou du rein).

La cardiologie étudie principalement la viabilité myocardique et les possibilités de transplantation.

En neurologie, les maladies neurovégétatives (type Alzheimer), le Parkinson ou l'épilepsie peuvent bénéficier d'un examen PET/CT.

Globalement, la *sensibilité* et la *spécificité* de l'examen TEP sont toutes deux supérieures à 90% dans la quasi totalité des indications mentionnées.

Une application particulièrement utile est l'utilisation du PET/CT dans les plannings de *radiothérapie*.

La scintigraphie au FDG peut être réalisée chez l'*enfant* dans les indications suivantes: tumeurs cérébrales, neuroblastome, sarcome d'Ewing, tumeur de Wilms, lymphomes...

De nouveaux traceurs sont à l'étude et viendront bientôt élargir les indications de cette formidable technique d'imagerie moléculaire.

Conclusion:

Sur le plan médical, le PET-CT s'est rapidement imposé en oncologie, comme un élément diagnostique essentiel.

Economiquement, la limitation des indications en fait un outil précieux pour le diagnostic et le bilan précoce des néoplasies. Dans la surveillance de traitement de chimiothérapie, le PET-CT permet un contrôle précis et rapide de l'efficacité d'un traitement.

La découverte de nouvelles molécules et traceurs et leur reconnaissance par les autorités sanitaires permettra d'accroître la liste des indications oncologiques. L'utilisation du PET/CT en neurologie et en cardiologie sera notre nouveau challenge.

Dr Nedjma Besseghir

Spécialiste FMH en médecine nucléaire et radiologie diagnostique

Philippe Martinot

TRM-Chef de service
Institut de radiologie CLS

L'art à la Source



Clinique de La Source

Galerie

DU 6 AVRIL 2006

AU 18 JUIN 2006

MARIA MISSELBROOK

VERNISSAGE LE JEUDI

6 AVRIL 2006 A 17H30

DU 22 JUIN 2006

AU 3 SEPTEMBRE 2006

ANASTASIA COMNINELLIS ET

CAROLINE JAYET

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

■ paroles d'étudiants

l'attachement père-enfant en maternité: quel rôle pour le père? simple visiteur ou partenaire?

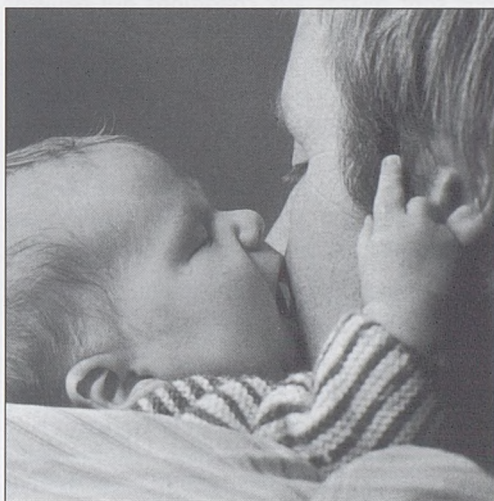
Dans cet article, je vais vous présenter les résultats de ma recherche exploratoire et qualitative concernant la place du père en maternité. Cette étude m'a permis de reconnaître et d'identifier les ressources, les besoins et les difficultés inhérents au père dans leur relation au nouveau-né pour proposer une offre en soins qui favorise le lien père-enfant dans les premiers jours de vie en maternité.

PROBLÉMATIQUE

Avec l'émergence « des nouveaux pères » dans les années septante, nous assistons à une évolution des prestations dans les services de post-partum qui favorisent davantage la présence du père et lui accorde une place dans les soins à l'enfant. Malgré ce changement, la plupart des unités post-natales du canton de Vaud ne privilégient pas suffisamment la relation père-enfant. Comme si les parents égaux dans les soins et le savoir-faire, ne pouvaient l'être dans la formation du lien d'amour parent-enfant et donc dans le savoir-être. Jean Le Camus (2000) confirme cette pensée, il affirme que *« pour beaucoup, il est désormais admis que le père a une place à prendre auprès du nourrisson. En revanche, le principe d'un investissement paternel encore plus précoce est loin d'être accepté par le commun des mortels... et même par tous les praticiens! »*.

Pourtant, depuis les études de Milton Kotelchuck en 1976 (in: T. Berry Brazelton & Bertrand Cramer, 1991) la théorie de l'attache-

ment primaire a évolué. Grâce à lui, nous savons maintenant que *« lorsque le père est réellement présent (psychiquement et géographiquement), les bébés démontrent des capacités d'attachement envers lui presque aussi tôt qu'en ce qui concerne les mères »* et que le père peut être un parent compétent dès la naissance. Mais comment le père va-t-il pouvoir construire une relation avec son enfant si personne ne lui en donne la possibilité, s'il ne peut avoir des moments d'intimité avec lui et s'il se sent mis de côté? Alain Benoit (1990) quant à



© Archives Atelier Grand SA

lui s'étonne qu'en maternité le père n'ait pas le même droit que la mère vis-à-vis de sa présence auprès de l'enfant; à son avis le père n'est pas qu'une simple visite et devrait avoir la possibilité de prendre place auprès de son enfant et de sa femme à toute heure du jour et de la nuit pour faciliter la relation parent-enfant.

DÉMARCHE ET MÉTHODE

Pour cette étude, mon objectif principal était de découvrir la réalité des pères et de comprendre leur vécu vis-à-vis de leur relation avec leur enfant dans une unité post-natale. Par conséquent, j'ai procédé à trois entretiens semi-dirigés. Les critères de participation que j'ai établis pour l'enquête étaient les suivants: première paternité, bébé âgé de deux à six mois au moment de nos entretiens, père de nationalité suisse habitant en Suisse romande. Pour ce type d'entretien, j'ai privilégié des thèmes abordés sous formes de questions ouvertes afin de favoriser des échanges spontanés.

Les interviews achevées, j'ai procédé à une analyse thématique. Les huit thèmes que j'ai retenus sont relatifs aux conditions qui peuvent favoriser ou non l'attachement père-enfant en maternité. Cette classification par thème m'a permis de procéder à une interprétation méthodique des résultats.

RÉSULTATS PAR THÈMES

L'environnement et l'organisation de la maternité

Ce point semble avoir une forte influence sur la formation de l'attachement père-enfant. L'environnement de la maternité s'est avéré dans l'ensemble insatisfaisant pour les pères pour différentes raisons (grandeur, aménagement et convivialité de la chambre, manque d'intimité, trop de bruits et de monde dans la pouponnière, etc.) avec comme impact de freiner et d'interférer le contact père-enfant aussi bien lors de moment d'échange que lors des soins à l'enfant. Ceci démontre le besoin ressenti par les pères d'évoluer dans un environnement agréable, calme, intime et aménagé qui permet la rencontre père-enfant. La néces-

sité de disposer d'une certaine liberté (horaire de visite libre), d'être intégré aux soins a été évoqué par le père. Ainsi il éprouve plus d'aisance dans sa relation avec son bébé et ressent l'importance de son rôle paternel.



© Archives Atelier Grand SA

L'engagement et la présence du père avec l'enfant

Passer du temps avec le nouveau-né est, pour différentes raisons, une ressource importante pour créer un lien avec celui-ci. Cela permet aux pères de démontrer leur engagement, leur responsabilité dans cette nouvelle relation et d'avoir un rôle propre envers le bébé. C'est une façon de dire: je suis là, j'existe et je veux m'investir. Le fait d'être présent s'avère, pour ces

trois papas, également la garantie d'être une personne essentielle dans la vie de leur enfant. Christine Olivier (1999) le traduit par donner une «*empreinte*» olfactive et sensitive au nouveau-né par la présence.

Le fait de pouvoir prendre congé les premiers mois semble également être une ressource. Les papas ont verbalisé la corrélation positive entre leur présence et la relation actuelle avec leur bébé. Bien entendu, de nos jours, tous les papas ne peuvent pas prendre un mois de vacances. Ce qui importe, selon Jean Le Camus (op. cit.), ce n'est pas la durée de l'engagement, mais la nature de cet engagement.

L'engagement actif du père auprès de son enfant et sa présence dépendent entre autres de son envie et de ses motivations. C'est pourquoi il est impératif de ne pas «*culpabiliser*» les pères qui ne peuvent ou qui ne veulent pas être plus impliqués, leur choix devant rester personnel.

La proximité physique et les soins au bébé

Les trois témoignages font clairement ressortir le contact physique et les soins quotidiens comme une ressource primordiale à la formation du lien père-enfant. Ils apportent un sentiment de plaisir et de bien-être aux pères qui participent aux soins pour créer le lien, mais aussi pour apprendre à découvrir leur enfant et être actif. Le bain et les autres soins sont des moments où le bébé est éveillé et où un véritable échange se produit entre lui et la personne qui s'en occupe, le père peut donc se sentir valorisé en accomplissant quelque chose d'utile. Les pères ont manifesté un sentiment d'implication en revendiquant le besoin d'assumer leur rôle. Ils ont pris conscience qu'assumer leur rôle paternel à part entière ne découle pas uniquement d'une présence mais de leur participation, de leur engagement dans toutes les activités inhérentes à leur enfant.

Participer aux soins est aussi une façon pour le père d'être solidaire de sa femme, de ne pas la laisser tout assumer.

Le comportement d'attachement du bébé et l'état de l'enfant

Le peu de réactions et d'activités propres au nouveau-né, les premiers jours, ont été ressenties comme une difficulté pour former une relation avec lui. T. Berry Brazelton et Bertrand Cramer (op. cit.) expliquent que l'attachement est un processus interactif qui se construit à l'aide de chaque partenaire. Comme le papa n'a pas porté son enfant, il doute souvent que le bébé le reconnaisse et l'aime. Il a donc besoin que le bébé ait des réactions à son contact (sourire, agrippement) pour se sentir aimé et reconnu par lui.

Le manque d'activités du nouveau-né est également ressenti comme une difficulté pour ces papas. Ceci démontre leur manque de connaissances relatives aux compétences du nouveau-né qu'ils imaginaient intéressant à partir du moment où celui-ci est davantage actif. Cette difficulté pour les pères d'entrer en relation avec le nouveau-né a certainement pour origine les différents styles de relation établis entre les parents. La mère qui est plus soignée retire peut-être plus de plaisir à s'occuper du nouveau-né que le père qui lui est plus joueur, plus stimulant. Comment jouer, exciter un nouveau-né qui a priori a besoin de calme et de repos. Ceci peut être frustrant pour le papa qui ne sait pas comment se comporter, qui a besoin d'être plus actif et complice pour se sentir père. Cela ne signifie pas que même si les papas entretiennent de faibles interactions avec le nouveau-né les premiers jours ils ne ressentent rien, mais plus le nourrisson réagit, s'éveille, plus le lien d'amour s'instaure, a de la facilité à évoluer, à croître, car la relation père-enfant est beaucoup plus interactive.

L'apprentissage du rôle de père (les ressources et difficultés personnelles du père)

Les pères ont exprimé comme principale difficulté la peur de s'occuper du bébé et de mal faire. C'est une crainte légitime chez tous les nouveaux parents inexpérimentés. Cette crainte semble plus accentuée chez les pères qui ont souvent moins l'habitude des bébés et qui se sentent naturellement moins compétents que la maman. Cette appréhension diminue au fil des jours grâce à l'apprentissage des soins et des réactions de l'enfant.

Les pères ont leurs propres ressources qui leur permettent de s'adapter à leur nouveau statut. La notion de confiance en soi semble primordiale pour avancer et entrer en relation avec leur enfant. Il s'avère important pour le papa d'être sûr de lui, d'être déterminé et motivé. La notion d'instinct, de demeurer naturel sont aussi envisagés comme des ressources qui sont partagées par les trois pères.

Le stress autour de la naissance est également ressenti comme une difficulté dans l'attachement père-enfant. En effet, au moment de la naissance du bébé, le papa assume diverses tâches administratives et organisationnelles : l'enregistrement de l'enfant à l'état civil, l'envoi des faire-part, la gestion des téléphones et des visites, la préparation du retour à domicile, etc. Toutes ces activités peuvent engendrer chez le père stress et fatigue. Par conséquent, il peut être moins disponible physiquement et psychologiquement pour son enfant.

La place et le rôle de la mère dans l'attachement père-enfant

La maman semble être une ressource importante pour aider le papa à entrer en relation avec son enfant en lui accordant et en lui aménageant une place auprès du bébé. La mère joue plusieurs rôles dans la formation de l'attachement père-enfant. Elle fait office de soutien,

d'enseignante, de guide, de complice, elle représente une présence rassurante, un lien entre le père et le bébé. La mère est également une partenaire, car la découverte de l'enfant est vécue dans ces trois situations comme un partage à deux. La notion de former une famille et d'être partenaires semble faciliter le lien qui se crée avec l'enfant.

Dans ces trois témoignages, la maman semble avoir une place privilégiée car elle établit une relation différente à l'enfant : plus forte et plus intime du fait qu'elle l'a porté et l'allaité. Les pères ne l'ont pas vécu comme une difficulté ou une entrave à la relation père-enfant, mais bien comme une différence inévitable qu'ils ne vont pas chercher à concurrencer et qu'ils acceptent. Il est donc impossible de parler de la relation père-enfant en excluant la mère. C'est une relation qui se construit à trois, où chacun des protagonistes va trouver sa place au sein de cette triade.

Il est essentiel de se souvenir que de nos jours, la relation père-enfant dépend encore en partie de la mère, même si la détermination du père joue aussi un rôle important. Dans certains cas, si la mère se montre trop possessive et ne laisse aucune place au père cela peut être une source de difficulté dans la formation du lien père-enfant.

Les différents soutiens et l'entourage

Dans l'ensemble, l'entourage ne semble pas être une ressource directe dans la formation de l'attachement père-enfant. Il aide par contre le père à réaliser le changement de rôle en lui renvoyant l'image de son statut ou tout simplement en l'appelant « papa ». Par contre l'entourage peut être, une ressource indirecte (participation à certaines tâches...) ce qui permettra au jeune père d'être plus disponible pour son enfant.

Les visites, dans certains cas, peuvent être ressenties comme source de difficulté dans l'attachement père-enfant. En effet, si elles sont conséquentes elles empêchent l'établissement du contact père-bébé déjà restreint par les horaires de travail du père et le rythme du bébé.

L'attitude des soignants face au père et l'enseignement proposé

Dans les trois situations étudiées, il ressort que l'infirmière peut par son comportement être autant une ressource importante qu'une difficulté et un frein à la relation. Le témoignage d'un des pères interrogé illustre combien l'attitude des soignants peut avoir un impact négatif sur la relation père-enfant. Dans cet exemple, «l'autorité» des soignants et leur manque de souplesse a mis le père dans une position de soumission inconfortable qui ne lui a laissé aucune possibilité d'exprimer ses besoins et ses envies. Le peu de disponibilité, les

paroles blessantes et le manque de soutien des infirmières n'ont pas donné envie au père de poser des questions, d'être présent et donc d'apprendre à connaître son enfant.

Dans les deux autres exemples, l'infirmière par sa présence, ses conseils et sa manière d'être, a été une véritable ressource dans l'attachement père-enfant. Grâce à son enseignement, elle leur a permis d'être plus à l'aise, plus confiants, plus habiles et donc plus disponibles pour leur bébé. Les trois exemples, même s'ils sont distincts, démontrent le besoin commun d'être rassurés, écoutés et pris en considération.

Il semble aussi important pour ces pères que l'infirmière anticipe leurs besoins en leur proposant de participer, en les informant et en les guidant tout en respectant leurs choix et leur propre rythme. Dans les trois témoignages se dégage le constat suivant: le père ne peut pas faire preuve de passivité, il doit être motivé, se



mettre en avant, montrer son intérêt pour que les professionnelles le fassent participer.

La qualité de la relation avec l'infirmière semble également jouer un rôle. Les trois papas ont exprimé leur besoin d'être entourés par une personne chaleureuse, avec qui ils ont un bon contact et se sentent en confiance.

CONCLUSION

Même si une prise de conscience est amorcée sur l'importance du lien père-enfant dès la naissance, ces témoignages montrent que des progrès, des changements sont à réfléchir, à envisager, à mettre en place. Ces pères m'ont confié qu'ils s'étaient rattrapés à la maison et que c'est à ce moment-là que le lien a réellement commencé à se tisser. Ceci démontre qu'il subsiste un manque réel. Bien entendu la relation ne peut pas être idéale à la maternité, mais je pense que l'on peut en tant que soignante réduire cet écart en incluant le papa dans notre offre en soins. L'infirmière par son savoir-faire et son savoir-être peut proposer une palette d'actions et de comportements qui vont aider la relation à se créer. Ce n'est pas elle qui va construire la relation, mais elle peut aménager un environnement propice autour de la famille tout en se montrant attentive à cette relation et en contribuant à un enseignement adapté. Bien entendu, chaque papa est une personne unique, enrichi par son histoire, ses ressources, en proie à des difficultés, et manifestant ses besoins. Tenir compte de ces particularités consiste entre autres à la richesse de notre profession.

La finalité de ma recherche ne se résume pas à envisager une façon de promouvoir l'attachement père-enfant d'une manière «standard» voire uniformisée. Il s'agit de proposer aux pères un large éventail de possibilités afin qu'ils se sentent libres de faire comme ils le souhaitent, comme ils le ressentent.

L'intégration du père en maternité peut-être perçue, compris comme un phénomène de mode qui oblige le père à être présent, à suivre un modèle. Je ne le pense pas. Afin de se détacher de cette première perception, il me semble important que les soignants aient le souci de toujours considérer que le père est libre d'agir comme il veut et comme il le ressent. Ce qui est primordial, c'est de lui aménager un espace qui lui permette de créer un lien avec son enfant, selon son désir et son envie de s'impliquer.

Céline Favre

Etudiante La Source niv. II, diplômée en sept. 2005

Bibliographie

- BENOIT, Alain. « Une préparation pour les pères », in Les dossiers de l'obstétrique, 1990, n°178, pp.7-8.
BRAZELTON, T. Berry, CRAMER, Bertrand. *Les premiers liens*. Paris: Ed. Stock-Laurence Pernoud Calmann-Lévy, 1991, 301 p.
LE CAMUS, Jean. *Le vrai rôle du père*. Paris: Editions Odile Jacob, 2000, 193 p.
OLIVIER, Christiane. *Petit livre à l'usage des pères*. Paris: Fayard, 1999, 110 p.
Enfanter: le lien mère-enfant-père (s.a). Paris: Editions Frieson-Roche, 1989, 315

vivre et dépasser les vécus de honte dans la collaboration

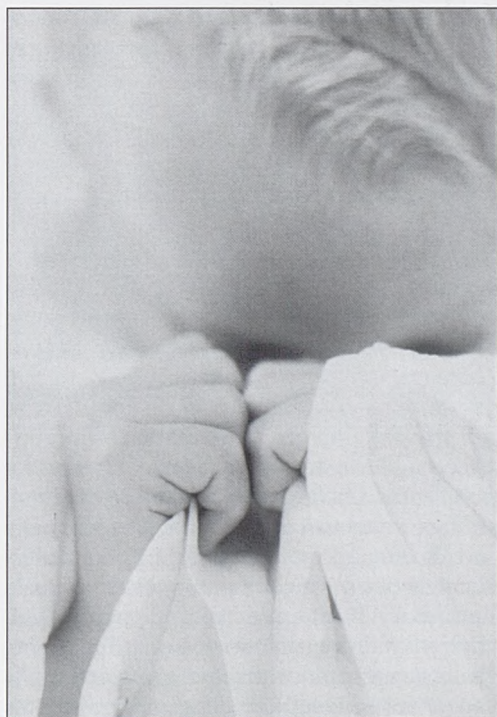
La recherche-action que j'ai menée durant mon parcours de formation DHEPS¹, s'inscrit dans les champs de la psychosociologie et de l'andragogie. Ma préoccupation fut de comprendre plus finement les expériences vécues par les différentes personnes concernées dans des situations d'aide de longue durée: ceci dans le paysage du vieillissement.

Comment comprendre et agir face aux difficultés relationnelles exprimées par chacune des populations concernées, et qui colorent la qualité de leur collaboration dans l'aide?

Les présences et les effets des non-dits, des maladresses dans les propos et les gestes ne sont plus à enfermer dans une seule et unique logique de souffrance liée à la maladie, d'épuisement lié au rôle d'aidant, ou encore aux conditions de travail des intervenants du terrain. Ces différents éléments ne sont toutefois pas à proscrire, et ils se démontrent actuellement insuffisants. Si la relation entre les personnes atteintes, les proches avec les autres intervenants se démontre difficile, ce n'est probablement pas seulement parce que les maladies dont il est question sont incurables, et humainement difficile à vivre et à accompagner; ce n'est probablement pas non plus parce que le rôle d'aidant est inévitablement épuisant; et pas uniquement face à la pénibilité d'un travail en gériatrie et psychogériatrie. Il n'est plus à rappeler que les conséquences du vieillissement planétaire pousse à réfléchir à des actions favorables à une qualité relation-

nelle entre ces personnes, qui sont contraintes de collaborer pour survivre. Les maladies de type Parkinson et Alzheimer ont comme effet principal *l'usure* des corps, des relations, de l'aide, des soins, des systèmes...

C'est en collaboration avec l'Association Suisse de la maladie de Parkinson que j'ai lancé la recherche en automne 2003, en proposant au public de cette association la création d'un groupe de travail. Durant onze mois, ce dernier constitué de treize personnes (dont six personnes atteintes par la maladie, six proches et une infirmière) s'est réuni à un rythme d'une rencontre de deux heures par mois. Les objectifs furent d'identifier les vécus, les besoins, les ressources, les manques et les actions pouvant



© Archives Atelier Grand SA

¹ DHEPS: Diplôme des Hautes Etudes et des Pratiques Sociales

améliorer leur situation et leur collaboration. Cette expérience relationnelle en groupe s'est imposée comme action prioritaire à mettre en place: un espace dans lequel toutes ces personnes sont présentes et réunies pour penser leurs expériences. Oui, mais comment accompagner ce groupe dans l'élaboration du sens que peut avoir d'être ensemble dans l'aide?

Cinq mois après les rencontres en groupe, j'ai réalisé neuf entretiens semi-dirigés, pour évaluer l'impact que ces rencontres avaient pu avoir dans les situations individuelles et la collaboration que chacun vit avec les partenaires du terrain.

La présence de la honte dans l'espace de collaboration a été confirmée. Cette dernière est à comprendre comme un phénomène influençant la nature des échanges, donnant sens à la présence et aux effets des non-dits et des maladresses exprimées. Je n'ai trouvé aucune recherche s'y préoccupant en présence de ces maladies. Le plus souvent, il est indiqué que ce type de maladie n'est pas honteux, et la question de savoir si elle peut être vécue comme telle n'est pas abordé. En effet, il y a *ce qui fait honte et ce qui est honteux*.

Les auteurs qui abordent la honte insistent sur ses caractéristiques bien particulières. Il y a des situations ou événements de vie qui peuvent la faire émerger, comme la pauvreté, l'handicap, le chômage, la vieillesse, la maladie, le viol, etc. Il y a toutefois d'autres sources de honte: celles qui peuvent émerger de l'éducation ou de l'histoire familiale, notamment lors de secret de famille. Ces différentes origines peuvent se rencontrer: imaginer la complexité face à laquelle se trouvent les professionnels et non professionnels des milieux de pratiques lorsqu'ils la rencontrent: tout en sachant que pour la rencontrer, il faut pouvoir la repérer et l'entendre. Poser son existence comme un fait, avoir la capacité de l'identifier, de gérer les propres

interférences avec son parcours personnel, et savoir agir afin de l'accompagner. En absence d'un «éveil» à son égard, les interventions peuvent fermer la collaboration dans des impasses. Lorsqu'une personne atteinte d'une maladie telle que Parkinson et Alzheimer parle de son vécu de honte, elle va irrémédiablement prendre le risque d'être regardée comme un être honteux ou qui a honte. La manière d'en parler ne va pas être directe, mais prendre des détours et les contours de son corps. Pour celui qui est en face, il va peut-être manifester une profonde empathie respectueuse s'il a développé les compétences nécessaires. Il peut aussi l'enfermer par un regard qui considérera que l'autre a bien raison d'avoir honte, qui va induire une autre forme d'empathie versus pitié. L'effet contagieux n'est pas à banaliser: la honte vient inévitablement rejoindre celle de celui qui l'entend.



© Lisa Cunningham

Nous n'avons ni l'habitude ni l'habileté d'en parler.

Le plus souvent nous avons honte d'avoir honte, ce qui garantit la fermeture au dialogue et à la rencontre humaine. La peur d'un juge-

ment pouvant avoir comme conséquence l'exclusion. Il existe différentes stratégies que je nomme *d'arrangement*, pour ne pas remettre en question la nature des liens qui unit les partenaires dans la collaboration. Chacun peut être amené à s'arranger pour ne pas s'y confronter, tout simplement parce qu'il s'agit d'une expérience profondément humaine, que nous avons tous rencontrée un jour et à des degrés différents.

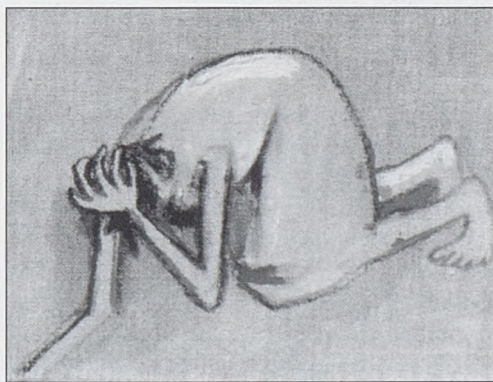
La personne atteinte par la maladie éprouve une honte face à ce qu'elle devient, que chaque regard appuie. Un aidant peut éprouver d'autres formes de honte: celle liée à des pensées de mort, des sentiments d'impuissance face au processus dégénératif inéluctable, et d'incompétence face à l'ampleur perçue de l'aide. Quant aux autres intervenants, il semble que leurs actions soient essentiellement guidées par l'enjeu du soulagement de tout, de tous et à tout prix, sans en avoir toujours les moyens et la compétence.

La présence et les effets de la honte permettent d'identifier une zone d'interdit dans la collaboration. Lorsque les partenaires sont réunis, tout ne peut être dit notamment par l'effet de la présence des personnes ayant la maladie: l'impression d'augmenter leur souffrance lorsque l'expérience vécue est mise en mots: «*Au début (des rencontres), je pensais que l'on ne devait pas parler en présence des malades. Maintenant, je me rends compte que si je pense comme cela, je ne les considère alors pas comme des personnes 100%*», disait une proche aidante.

Nommer et parler de la honte peut être un acte de violence, tellement elle confronte au profond dégoût de soi. L'ignorer semble de l'ordre d'une forme de maltraitance.

Entre violence et maltraitance, il s'agit probablement de réfléchir comment les professionnels et non professionnels des milieux de pratiques peuvent développer des compétences

pour l'identifier et l'accompagner, dans le sens de la mettre au service de la rencontre des partenaires et non leur isolement. Les maladresses et les non-dits laissent planer le doute de la valeur de chacun dans la collaboration. Qu'est-il donc utile de se dire et de partager pour pouvoir collaborer? Pas que des mots et des maux! Au-delà de production d'aide et de soins, ou encore d'une écoute du vécu douloureux, il y a un espace à dégager comme un espace dans lequel la vie peut exister. Un espace qui bouscule la place de chacun dans la collaboration. Sans cela, chacun des partenaires semble prendre le risque de poursuivre leur seul objectif individuel en l'absence de visée commune dans l'aide: lutter pour rester debout pour la personne atteinte par la maladie, donner tout de soi pour l'aidant afin de rester ensemble le plus longtemps possible, et soulager à tout prix pour les autres intervenants. Production et consommation d'aide s'inscrivant dans une collaboration ayant perdu son sens.



© Lisa Cunningham

La recherche a permis d'identifier certains besoins communs aux partenaires dans l'aide, dont la réponse pourrait améliorer la qualité de la collaboration: *ceux de comprendre, se comprendre et être compris, dans leurs expériences individuelles et collectives, ainsi que de développer une relation authentique*. En effet, il semble s'agir d'un besoin d'appivoiser la zone de non dit, posé par la honte et l'impossibilité d'en par-

ler: comme un mouvement pour déjouer les impasses qu'elle pose. Un espace de formation et de soutien a donc été pensé: une session qui repose sur l'élaboration d'un concept.

Il s'appuie sur:

- Des *valeurs* liées à des aspects philosophiques, éthiques, psychologiques, andragogiques et sociaux qui sont construites et évoluent par mon parcours de vie, de formation et professionnel.
- *Les connaissances cliniques* que la recherche apporte, comme les effets du phénomène de la honte dans l'espace de collaboration, ainsi que les perspectives d'accompagnement des personnes pour la dépasser lorsqu'elle fige les échanges dans l'aide.
- *Des connaissances théoriques* faisant référence notamment aux travaux des auteurs de S.Tisseron (psychiatre et psychanalyste), V. De Gaulejac (psychosociologue), C.Rogers (thérapeute, formateur et chercheur), et aux écrits de M.Cornu (théologien) et J.F.Malherbe (éthicien).

La finalité du concept permet de proposer une action pouvant être entreprise au sein de la communauté, et permettant de répondre en partie aux besoins des personnes concernées dans les situations d'aide de longue durée: retrouver ou trouver le sens et du sens à la collaboration.

La session «Déjouer les impasses de l'aide» est d'une durée de quinze heures sur une période de six mois. Ces heures sont réparties en sept rencontres de deux heures à un rythme d'une fois tous les quinze jours, avec une heure d'entretien individuel organisée six semaines après. La première session aura lieu dès avril de cette année sur le canton de Genève, avec l'appui financier de la Haute Ecole du Travail Social - Institut d'Etudes Sociales. Elle s'adressera à des personnes atteintes de maladie d'Alzhei-

mer, des proches aidant avec du personnel soignant des milieux d'hébergement, du domicile et de crise. J'agis pour le développement de sessions dans les différents cantons de suisse romande.

D'autre part, la question de la formation des professionnels est à interroger: développer des compétences nécessaires au service d'une collaboration de qualité. Je pense que des actions devraient être mises en place en ce sens. Ils expriment de nombreux inconforts et insatisfactions à savoir animer ce type de rencontre: apprendre la confrontation bienveillante dans la collaboration, développer la capacité à être authentique dans une posture éthique dans la relation.

Pour conclure, les expériences vécues par les différents partenaires dans ces situations d'aide comportent aussi de l'amour, de la haine, de l'ambivalence, de la peur et de la culpabilité. Il se trouve que la honte ne se nomme pas et se montre «rassembleur» de tout cela. Il devient donc important d'en parler, de l'apprivoiser, de la comprendre, de voir comment elle transpire dans les relations. Il est tout aussi intéressant d'avoir pu dégager une action, par le modèle de la session proposée: comme une ouverture et une permission d'un horizon, pour vivre au mieux dans ces situations, qui portent une part d'inacceptable par le processus dégénératif usant tout et chacun. Il s'agit de laisser place au désir et plaisir d'être ensemble, ce qui se montre comme un réconfort inestimable et durable. Quel défi!

Mercedes Pône

Formatrice
Coordinatrice de programme PRIGG
Centre de formations interdisciplinaires postdiplômes

Recherche-action menée dans le cadre de la formation DHEPS (2002-2005), mémoire: «Un espace d'inter-dit, concept d'accompagnement pour le développement des compétences relationnelles entre les personnes aidées et aidantes», septembre 2005
m.pone@ecolelasource.ch

infirmier-ère spécialisé-e en gériatrie.

Un « Révélateur d'aptitudes »

Apprendre à agir au-delà du pragmatisme? C'est possible.

Epilogue

Pour répondre à cette question, je prétends que mon développement personnel est certainement l'élément le plus probant.

Ainsi j'ai non seulement appris à oublier quelque peu mon rôle professionnel d'infirmière « de terrain » afin d'y porter un regard différent, mais aussi et surtout, à développer et approfondir mes compétences pour arriver à les révéler.

Cela ne s'est pas construit d'un jour à l'autre. En effet, j'ai eu des doutes quant à la direction à prendre, pris du temps et dépensé parfois beaucoup d'énergie pour concrétiser mes travaux et divers projets.

Ce n'est qu'au travers de ce dernier travail de recherche, que j'ai véritablement réalisé ma « transformation ».

Sans aucun doute, grâce à leur bienveillance, leur ouverture d'esprit et leur savoir faire en matière d'andragogie, les enseignants de l'école de La Source ont grandement contribué à modifier mon regard sur mon rôle professionnel et ma pratique.

Je n'oublie pas mes collègues de module qui par leur formation, leur trajectoire de vie, m'ont apporté leurs lumineuses réflexions positives.

Arrivée au terme de mon projet et de ma formation en gérontologie, je suis comblée car je souhaitais modifier ma pratique et j'ai vécu un cheminement important.

En premier lieu j'ai effectué mon questionnaire sur... (A l'origine, mon questionnaire était à propos de) l'introduction des directives

anticipées au sein de l'établissement médico-social dans lequel j'ai travaillé.

Assez rapidement, celui-ci s'est transformé en une profonde analyse sur mon rôle de future spécialiste.

J'en suis ravie, car là était bien le fond de la recherche que j'ai désiré entreprendre.

Par contre un seul objectif sur les trois fixés au début de ma recherche qui consistait à analyser une situation de soins et faire émerger mes acquis aura abouti.

Assurément trop « gourmande » car motivée par le sujet, je n'imaginai pas étayer l'ensemble de ma recherche en effectuant autant de liens entre la théorie et la pratique. Comme je souhaitais m'attarder dans ma réflexion le temps imparti pour réaliser ce travail a pris davantage de temps.



© Archives Atelier Grand SA

A cet égard, j'apprends à poser mes limites pour un futur travail de recherche. Cependant, cela représente pour moi l'indication d'une pensée profonde, d'écoute envers moi-même, à l'égard de l'autre; mais aussi, une mobilisation des

connaissances acquises dans le cadre de ma formation.

L'issue ne me déçoit aucunement, car mon expérience démontre l'immense domaine, sans limites je dirai, de l'étude de la vieillesse. Mes deux autres objectifs, visaient à découvrir les représentations du personnel soignant sur le rôle de l'infirmier¹ ressource, et d'autre part à faire une proposition à propos d'un cahier des charges le concernant.

Je me souviens être entrée à l'école de La Source comblée par mes certitudes visant à apporter, naïvement, quelques cordes supplémentaires à mon arc. Convaincue que mes années d'expérience en soins infirmiers auprès des aînés allaient suffire.

Deux ans plus tard, je confirme avoir reçu une sacrée leçon, pleine de sens, par rapport à mes convictions. Ce qui représente pour moi un véritable bonheur en termes de croissance personnelle.

C'est pourquoi, je reste très volontiers à votre disposition chers collègues. Peut-être n'oserez-vous pas vous lancer dans une si belle et indispensable recherche de sens.

Je vous prouverai qu'une telle remise en question est aujourd'hui plus que nécessaire. Pour accompagner et aider les aînés à VIVRE malgré les progrès de la médecine, les handicaps et les maladies.

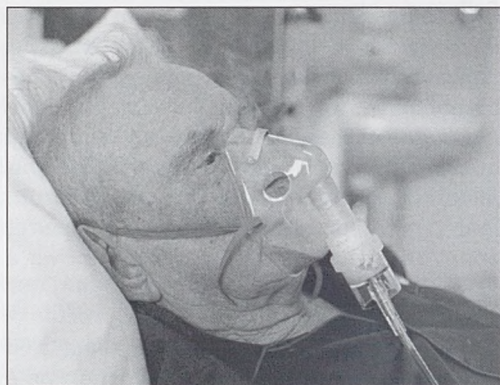
Introduction

«**Vous qui savez, pouvez-vous me dire quand elle va mourir?**».

Cette question m'a été posée par la fille d'une résidente sur le point de nous quitter. Sûrement parce que je suis infirmière en gériatrie, me suis-je faite la réflexion. Effectivement, j'ai approché de nombreuses personnes vivant leurs derniers instants de vie.

1 Ce qui est écrit au masculin se lit aussi au féminin.

Je ne les ai pas toutes accompagnées au moment précis où elles cessaient de vivre; l'heure exacte étant un moment imprévisible. Très tôt dans mon activité professionnelle, j'ai été touchée par l'accompagnement des personnes en fin de vie et leurs proches. Comme j'étais convaincue que la mort fait peur, je trouvais qu'il y a des raisons de s'y attarder.



© Archives Atelier Grand SA

C'est indéniable nous évoluons vers une société de «vieux» qui vont être conduits à vivre de nombreux décès et qui devront certainement affronter une longue solitude.

Par ailleurs, je pense qu'arriver à la fin de sa vie en étant très âgé n'est pas en soi un atout, un argument pour affirmer qu'il est plus aisé de mourir.

Devenue aide-hospitalière puis infirmière-assistante, j'ai obtenu mon diplôme d'infirmière en soins généraux en 1992. J'ai occupé un poste de responsable d'unité et co-gestionnaire du secteur soins jusqu'à la fin de l'année 2005. Depuis plusieurs années, je souhaitais faire valoir mes connaissances acquises dans le domaine de la gériatrie. J'étais persuadée d'arriver avec un bagage considérable en lien avec mes nombreuses années d'expérience, en fait je me suis retrouvée avec un petit sac à main. Sans en avoir pris conscience tout de suite, mon

désir était (en fait) de prendre soin autrement. Aujourd'hui mon vœu est exaucé.

Formée essentiellement dans l'action, le savoir-faire aujourd'hui je parviens à me positionner en «méta» autrement dit j'observe, j'écoute, j'effectue des liens, j'apprends à réaliser que toute situation qui me paraît inextricable, infranchissable peut demeurer en fait une expérience dans laquelle chacun peut «grandir». Transformer une situation complexe en expérience enrichissante est réalisable en regard de moi mais bien sûr grâce à la collaboration de l'ensemble des partenaires concernés.

Raison du choix du sujet

Un jour d'été, Madame P. accueillie en UAT (Unité d'Accueil Temporaire), m'a fait part de sa préoccupation. Elle a été très touchée par la disparition de l'une de ses amies qui vivait à l'EMS (Etablissement Médico Social), est décédée seule la nuit.

Nous avons parlé de choses et d'autres, comme des directives anticipées et du représentant thérapeutique, jusqu'au moment où une visite s'est jointe à elle, à ce moment là notre conversation a pris fin.

J'ai souhaité revoir Madame P. En effet, il me manquait certains éléments pour pouvoir évoluer dans ma démarche de réflexion. J'ai fait l'hypothèse qu'à la suite de mon premier entretien (malgré que Madame P. m'ait exprimé qu'elle fut satisfaite d'avoir pu me parler; que nous pouvions en rester là), que Madame P. «demeurait sur sa faim» en imaginant qu'elle aurait peut-être souhaité me confier autre chose.

Je lui ai donc proposé de nous revoir en l'invitant à prendre un café, ce qu'elle a accepté avec plaisir.

Madame P. m'a exprimé qu'elle est inscrite depuis quelques mois à l'EMS, quand elle l'aura choisi elle y emménagera. En parlant à nouveau

du décès de son amie, elle (m'a rajouté) m'a confié que sa plus grande crainte serait de mourir seule tout en me questionnant sur ce qui est entrepris à l'EMS en termes d'accompagnement de fin de vie et lorsque la mort est là. Je fus ravie de l'ouverture au dialogue qu'elle m'offrait; comme un cadeau.

Grâce à mon entretien avec Madame P. et avec du recul, je constate que mon choix de projet initial concernant l'introduction des directives anticipées à l'EMS, se transforme progressivement en un projet différent. Celui d'explorer mon rôle de future spécialiste en gériatrie. Je remercie Madame P. car c'est un peu grâce à elle si j'ai choisi une direction différente pour mon projet de validation de fin d'études. Il est assurément plus adapté à mon niveau de formation car il correspond en fait à ce que je souhaite vraiment étudier.

A ce propos, l'expérience ci-dessous me conforte et soutient le choix que j'ai fait. Lors de la venue d'un intervenant externe, pour donner une information à propos des directives anticipées, Madame P. n'était pas présente alors que je l'avais invitée à cette intervention, persuadée qu'elle y trouverait des réponses.

J'ai alors fait l'hypothèse que ce n'étaient pas les directives anticipées qui répondent actuel-



© Archives Atelier Grand SA

lement à la problématique, que je souhaite explorer, ni d'ailleurs à celle de Madame P.

En y regardant de plus près, je me suis rendu compte que ma démarche entreprise auprès de Madame P. mettait en fait mon futur rôle d'infirmière spécialiste en lumière.

Cadre de référence

Mon parcours d'étudiante à l'école de la Source constitue pour une partie, l'essentiel de mon cadre de référence dans l'élaboration de mon travail.

Bien sûr, il y a le trait d'union indispensable entre les cours suivis et mon activité professionnelle; cette dernière s'en trouve toujours plus enrichie.

Toutefois, je tiens à relever l'excellence des séances d'accompagnement de projets en classe.

En effet, ces espaces d'échanges ont été constructifs et authentiques, ceci entre chaque étudiant, toujours sous le regard bienveillant de l'enseignante qui sait nous guider sur la voie de la réflexion.

Ces séances ont représenté pour moi une constante remise en question. A l'issue de chaque réunion je repartais avec des pistes pour continuer à évoluer dans ma recherche.

Par ailleurs, le livre d'une infirmière clinicienne française, m'a apporté un éclairage certain sur mon futur rôle de spécialiste.

Elle explique, entre autres, sa pratique en présentant des situations de soins vécues au moyen d'un processus de soins infirmiers. Je trouve cette façon de faire intéressante car elle m'aide à expliquer mes interventions en respectant une démarche rigoureuse et structurée.

En outre, cette démarche fait partie de mes acquis professionnels ce qui rend probablement l'exercice plus aisé.

De même que le fait de me replonger dans le chemin suivi depuis le début de mes études en gérontologie. En effet, il me permet de consta-

ter que la chronologie de mes différents choix de projets ne fut pas un hasard. Ces travaux démontrent l'importance que j'attache à vouloir œuvrer en partenariat avec la personne soignée et son entourage, mais aussi à valoriser chaque soignant avec ses compétences, quel que soit son parcours.

En outre, j'ai envie d'exprimer que l'ensemble de mon évolution, en passant par un développement personnel me permettant d'essayer de comprendre mon propre «fonctionnement»; contribue j'en suis certaine, à m'impliquer favorablement dans la relation soignant - soigné.

A mon sens, ce n'est qu'à partir de là, que je vais pouvoir aider mon prochain à se comprendre et s'accepter lui-même.

Avec le recul, j'estime que dans mon cursus d'étudiante l'étape de remise en question a été salvatrice. En effet, je me suis trouvée en position de vulnérabilité, et il me semble, sans nombrilisme aigu, avoir fait preuve d'humilité. Certes si l'enseignante ne m'y avait pas invitée, je n'aurais sûrement jamais entrepris cette démarche de réflexion ô combien nécessaire à mon évolution, mon cheminement. C'est la raison pour laquelle, j'encourage vivement chacun à entreprendre ce type d'expérience.

A propos de reconnaissance

En réfléchissant bien, je ne suis pas sûre de vouloir une distinction par rapport à mon activité actuelle et encore moins une hiérarchisation du poste.

L'important pour moi est de démontrer humblement mes capacités à m'impliquer dans la relation soigné - soignant de façon plus approfondie.

Comme si je me situais au cœur d'une difficulté à vivre pour le résidant, éventuellement pour sa famille et les soignants; afin d'apporter mon aide. Tout en me référant à l'éventail considérable de connaissances acquises à ce jour.

26
27

Certes, j'ai surtout été formée à être technicienne au service des médecins et de la médecine, qui eux savent ce qui est bon pour leurs patients, semble-t-il....

Maintenant, mon développement personnel me permet d'aller au-delà en aidant le résident à utiliser la médecine.

Depuis le début de ma recherche, tout au long de mon cheminement, ma conception de l'infirmière – ressource, a pris une tournure différente. En effet, je me disais que pour être reconnue de mes pairs, il est nécessaire d'être reconnaissable. Aujourd'hui, je dis: pas forcément.

J'imagine que d'officialiser la spécialiste en gériatrie que je deviens, de lui « apposer une étiquette », pourrait, et c'est ma pure interprétation, devenir au contraire une « encouble » (engorgement) aux yeux des autres.

Actuellement, j'entretiens mes compétences par le vécu des situations au quotidien. Je reste en lien. A contrario, en me tenant à l'écart, je suis certaine de prendre le risque de me « dénaturer » de ma fonction. Car précisément les liens me manqueraient. Créer et maintenir des liens, représente pour moi le fond de ma formation en gérontologie.

D'ailleurs, je préfère me situer avec mes compétences au sein d'un groupe, plutôt que de représenter une personne avec des compétences, hors d'un groupe. Dans le premier cas la richesse en échanges s'en trouvera formidablement plus étendue.

Tout le monde possède des aptitudes et ce n'est pas parce que j'entreprends une spécialisation que je sais tout.

J'ai essayé de m'imaginer dans mon bureau... A l'entrée de mon bureau il y aurait une plaquette qui spécifierait « Infirmière spécialisée en gériatrie » et bien je me sentrais bien isolée, car pour moi, la gérontologie est une discipline non délimitée.

Elle est, en effet, tellement vaste, large, immense, faisant appel à une multitude de domaines et de compétences différents.

Finalement, si je sais démontrer qui je suis, par l'excellence de mes pratiques, je n'éprouve pas la nécessité d'être reconnue officiellement et encore moins de faire figurer cette identification sur un document administratif.

« Si nous avons besoin de sage-femme à nous mettre au monde, Nous avons besoin d'un homme encore plus sage à nous en sortir. Tel, et amy, le faudrait-il acheter bien cherement pour le service d'une telle occasion ».

Montaigne, Essais, Livre III, chapitre IX. 1595

Marlène Zaugg

Etudiante PRIGG, Programmes Interdisciplinaires en Gérontologie – Gériatrie – 4^e module de formation

l'étrangère dans la maison

Au début de l'année 2005, une affaire de discrimination à l'engagement dans un EMS¹ de la Riviera fait les gros titres de la presse romande. On peut lire dans la «Liberté» de Fribourg du 11 février 2005 les propos suivants «engager une veilleuse noire serait maltraiter ses hôtes. La directrice qui avait renoncé à engager une aide soignante en raison de sa couleur a invoqué la nécessité de se plier aux volontés des résidents.»

Alors, qu'en est-il des soins à domicile? Le soignant est amené à pénétrer dans le domaine du particulier, dans la sphère privée par excellence. Le droit pour l'individu de s'opposer à l'intrusion d'une tierce personne sur son territoire, s'il ne la tolère pas, est garanti par la loi.

Quelle est donc la réalité vécue par le personnel étranger; acceptation ou rejet par le client?

Valeurs défendues par l'institution

La philosophie de travail des équipes des centres médico-sociaux est définie dans le document de l'OMSV² «Conception de prise en charge» qui définit comme principe fondamental; l'impartialité, l'équité et l'égalité de traitement sans distinction de nationalité, de race, de condition sociale, d'appartenance religieuse ou de politique.»

En ce qui concerne la protection du personnel; l'individu en tant que travailleur est protégé par le code des obligations qui stipule que l'employeur a le devoir de protéger son employé. La protection de la personnalité et la

santé du travailleur sont au centre des préoccupations des organes d'exécution de la loi sur le travail.

Le respect de la différence, l'absence de jugement sont des valeurs qui sont souhaitées dans la réciprocité entre le soignant et le soigné. Ces idées sont défendues par les dirigeants de l'institution mais c'est aussi une responsabilité individuelle de veiller à leurs applications.

Qui est soigné et par qui?

La majorité des clients qui reçoivent des prestations à domicile sont très âgés et principalement de nationalité suisse. La population étrangère qui fait également appel aux services des centres médico-sociaux est composée principalement d'Italiens, d'Espagnols, de Portugais. Ce sont les saisonniers qui sont arrivés dans les années fastes d'après guerre, vers 1950-1960. Ayant obtenu leur permis B ils ont pu faire venir leur famille et ne sont finalement pas retournés dans leur pays d'origine. Ils étaient les étrangers d'alors. Ils ont peut-être été victimes, à l'époque de la xénophobie des Suisses. Aujourd'hui, ils sont vieux et les étrangers; ce ne sont plus eux.

Les Tamouls, les Bosniaques, les Kurdes sont arrivés plus tard et sont encore peu en demande d'aide et de soins à domicile.

Le début d'une réelle immigration d'Afrique Noire en Suisse date des années 1980 et c'est par le biais de la demande d'asile qu'ils vont s'installer. Des Zaïrois tout d'abord, puis des ressortissants de l'Angola vont obtenir des permis humanitaires. Certains, par la suite, demanderont et obtiendront la naturalisation. Aujourd'hui ce sont eux qui interviennent en tant que soignants auprès de clients âgés à domicile. Ces patients vieillissants ont eu peu d'opportunité avant leur retraite de côtoyer des personnes d'Afrique sub-saharienne. En effet, l'office fédéral de la statistique dénombrait en Suisse 485

1 Etablissement médico-social

2 Organisme médico-social vaudois

personnes originaires d'Afrique en 1960. Il faut également considérer que les possibilités de voyager étaient beaucoup plus limitées qu'aujourd'hui.

Les préjugés

Selon la définition du Larousse (2001), préjugé signifie: «Opinion adoptée sans examen par généralisation hâtive d'une expérience personnelle ou imposée par le milieu ou l'éducation».

rente et pourraient être une menace pour nos valeurs, notre mode de vie, notre identité; «ces gens-là ne sont pas comme nous».

Ces craintes sont encore renforcées par les informations véhiculées par les médias qui associent aujourd'hui la jeunesse africaine au trafic de drogue.



© Archives Atelier Grand SA

Certains clients âgés qui refusent les prestations d'une personne de couleur au simple énoncé du nom, n'ont peut-être jamais confronté leurs représentations de l'étranger avec la réalité. Ce qui signifie qu'il n'y a pas l'opportunité de faire concrètement l'expérience qui permettrait de contredire ou non ces opinions préconçues.

Cette tendance au rejet naît de la peur de l'inconnu. Car leur manière de vivre, de penser, de s'habiller, de parler, nous semble trop diffé-

La réalité du terrain

Les soignantes³ étrangères mentionnent que, dans la majorité des situations, elles sont bien reçues. Elles soulignent également faire bien la différence entre des peurs venant de personnes âgées malades et le racisme tel qu'elles peuvent le vivre dans la vie de tous les jours. Si certaines soignantes se sentent blessées, d'autres analysent ces mécanismes de rejet; elles se dis-

3 Le genre est au féminin car la grande majorité des soignantes sont des femmes.

tancient de la composante affective pour faire appel à leurs connaissances de la pathologie ou encore font preuve d'empathie envers le client et son entourage. Elles parviennent à mettre en évidence une conjonction de facteurs et un contexte particulier qui peut aboutir à déclencher un comportement discriminatoire.

Ainsi, la formation peut aider à développer des outils, des compétences pour réagir et faire face lors d'un conflit. De même, la rencontre entre collègues et l'analyse de pratique de situations problématiques permet aux soignants de se rendre compte que les difficultés sont partagées par plusieurs d'entre elles. La mise en commun de leurs points de vue et leurs différences peu amener des solutions que, seules, aucune des participantes n'auraient envisagées.

Toutefois, il s'avère que le comportement humiliant ou agressif d'un client envers un dispensateur de soins est rarement signalé: la soignante peut considérer cette attitude comme un échec personnel ou encore croire qu'elle doit le tolérer; le client est roi, de plus, âgé et malade. D'autre part, le vécu va influencer fortement le seuil de tolérance de la personne. Ce qui peut être facilement évacué avec humour par une soignante peut représenter une blessure profonde pour une autre. C'est pourquoi, la responsable rappellera ses droits à l'employée.

Cependant, la reprise du dialogue entre le client et l'intervenante est privilégiée. L'objectif est de favoriser l'ouverture aux perceptions réciproques et de permettre à la confiance de pouvoir être éprouvée par l'un et par l'autre.

Malgré tout, certains individus affirment haut et fort leurs opinions, se déclarent racistes et revendiquent des attitudes discriminatoires. Il est peu probable qu'un dialogue soit possible. Il ne s'agit pas de leur trouver des excuses;

montrer sa divergence est une façon de dire que l'on existe. Toutefois, il faudra alors évaluer si la prestation de soin est justifiée. Si celle-ci s'avère nécessaire, la soignante concernée ne retournera pas auprès de ce client. Le message et l'attitude des représentants du centre médico-social devront être sans ambiguïté; afin de ne pas laisser le champ libre à certaines fausses croyances qui sont fondées sur le rejet.

Aujourd'hui et demain

Le plus souvent, les gens âgés sont capables de passer par-dessus leurs préjugés ou leurs peurs et accepter des rencontres différentes.

L'étrangère, c'est l'inconnue, celle qui n'est pas familière, celle qui est étrange parce que différente. C'est la blanche qui arrive chez les noirs, c'est la noire qui arrive chez les blancs, c'est vous, c'est moi!

Aujourd'hui, les EMS se connectent à Internet. Demain, notre génération vieillissante sera multiculturelle. Alors...

Monique Vallelian

Formation PRIGG, Programmes Interdisciplinaire en Gériatrie – Gériatrie – Module de gérontologie générale.

quatre étudiants « Sourciens » en voyage à Bruxelles

Afin de favoriser les échanges interscolaires et améliorer notre champ de compétences, La Haute Ecole de la Santé la Source propose des voyages formatifs à ses étudiants pour participer à des Forums se rapportant à la profession d'infirmier/ère. C'est ainsi que nous avons été invités à participer à un séjour de quatre jours à Bruxelles pour un congrès sur « l'Intermétier » et que nous avons accepté de nous y rendre.

Nous sommes quatre étudiants de troisième et de deuxième année à avoir participé à cette expédition en compagnie de plusieurs enseignants de l'école La Source. Les billets d'avion, les repas de midi, l'inscription au congrès ont été par l'école (La Source) par contre, nous devons trouver un endroit où dormir.

Le forum

Le thème du forum, l'Intermétier a été présenté par plusieurs intervenants issus pour la plupart de la profession soignante (médecins, infirmiers, sociologue, anthropologue,...). et du directeur du Développement Conseil et Formation de l'Académie ASCOR¹ Service.

Parmi les intervenants... des enseignants de l'école La Source.

Nous quatre avons accepté de participer à une présentation par une petite mise en scène sur le thème « *la voix dans tous ses états de santé* » ou « *la place du patient parmi les différents acteurs de soin* ». Au début, comme cela nous avait été présenté, nous n'avions rien de spécial à fournir ou à faire sinon que de participer et d'assister au congrès. Pendant le voyage, plus particulièrement dans le voyage en train de Lausanne à Genève puis à l'aéroport, les ensei-

gnants qui participaient à cette présentation nous ont mis au parfum sur notre participation active... fortement appréciée... voire conseillée! Ce fut nous pouvons le dire un véritable succès! Le fait d'inclure de la créativité aussi bien dans les soins, notre formation et notre pratique a été perçu comme une notion encourageante par les autres professionnels qui ont assisté à la présentation.

Lors des différentes sessions proposées dans le cadre de ce congrès, nous pouvions choisir d'écouter des thèmes distincts liés à l'Intermétier. Nous aimerions relever que ce sujet est synonyme d'interdisciplinarité, ou de partenariat.

Le forum en lui-même a démontré qu'un effort conséquent était indispensable pour resserrer les liens entre les divers acteurs des soins et pour limiter d'éventuelles lacunes. Ce qui est regrettable c'est que certains exposés n'ont pas été toujours de bonne qualité soit par une construction laborieuse, ou par des problèmes inhérents à la langue maternelle de l'orateur. Nous avons apprécié, entre autres, les mets de luxe servis dans de beaux plats lors des buffets garnis offerts à midi pendant le congrès... et aussi les moules-frites le soir, la bière au chocolat, et ma foi la bière en général. Enfin bon! passons...

Auberges de jeunesse

L'expérience des auberges de jeunesse, reste pour nous inoubliable. Nous voudrions relever la difficulté que nous avons eue à trouver un logement sur place. Nous avons fait preuve d'anticipation avant notre départ en recherchant des auberges de jeunesse. Ainsi nous avons réservé une auberge qui finalement ne disposait d'aucune place libre lorsque nous nous sommes présentés à la porte! Suite à des problèmes d'e-mail et de compréhension, notre

1 Groupe hôtelier.

réserve n'avait pas été retenue (ceci n'est pas une histoire belge). Finalement le responsable de l'auberge en question a téléphoné à un autre responsable qui avait dans son auberge une chambre de libre pour quatre personnes mais uniquement pour une nuit. Nous avons donc dû chercher pour chaque nuit une chambre où une auberge différente. Par conséquent, chaque jour, nous avons voyagé dans Bruxelles avec nos bagages... Expérience unique à vivre qui a le mérite de vous sortir de l'ennui à condition de vous ennuyer!

A titre d'anecdote, nous avons fait croire aux enseignants, en particulier à un, que nous avons été obligés de dormir dans une église de Bruxelles durant une nuit, faute de chambre à l'auberge, merci au curé pour son hospitalité! (rire...) et sans rancune aux enseignants qui se reconnaîtront!

Côtoyer les enseignants dans un contexte hors scolaire a été un élément très positif de ce voyage. Nous sommes revenus avec une bonne impression de l'ensemble de notre séjour tout en ayant favorisé nos contacts avec les enseignants et abordé un sujet pertinent qui se rapporte à notre professionnalisation.

Grâce à cette expérience, nous avons également appris à mieux nous connaître entre nous. Nous avons bien sûr joint l'utile à l'agréable et en avons profité pour visiter la ville avec ses monuments historiques tels que le «Mannekenpis», la «Janetpis», un certain bar du nom de cercueil: «ambiance glauque garantie»...

Jean-Philippe Nanchen, Ashley-Frank Barnes,
Gaëlle Nzikou et Sarah Muziek

Etudiants HES. Volée printemps 03 et automne 03.



Et si vous optiez pour une assurance
qui vous voit comme vous êtes?

www.vaudoise.ch



Différents, parce que vous l'êtes aussi.

La matinée de la journée Source sera

le mardi 14 novembre 2006

et marquera

le centenaire de notre Association

par

**un culte à la Cathédrale
de Lausanne à 10 h 00.**

Pour que les Sourciennes et Sourciens, d'où qu'ils viennent, puissent y participer, nous faisons appel à vous qui habitez Lausanne: si vous avez un lit à offrir pour la nuit du 13 au 14 novembre, veuillez vous annoncer à H. Muller. Merci de faire encore une fois preuve de notre immuable solidarité.

Dates à retenir:

Judi 1^{er} juin à 14h30: Ecole La Source, Assemblée générale de l'Association.

Mardi 20 juin: Sortie d'un jour en car, direction St-Ursanne, Cornol, repas à l'étang de Lucelle et

visite de l'atelier d'un des derniers artisans-sabotiers de Suisse. Nous serons accueillies et guidées par notre camarade Sourcienne Hélène Schneider qui habite Cornol. Détails et prix figureront sur la convocation à l'Assemblée générale.

Du lundi 11 au vendredi 15 septembre: notre traditionnel voyage.

Le choix de cette année est une région du Sud-Ouest de Paris, appelée le Gâtinais. Les rives du Loing, le canal de Briare et les merveilleux villages longeant ces rivières et canaux (Chalette sur Loing et son lac, Corquilleroy etc.). Visite du château de Fontainebleau. Voici un avant-goût des merveilles pour les yeux et le cœur!

Les détails et le prix figureront également sur la convocation à l'Assemblée générale. Inscriptions, fin juin.

Voilà une belle ordonnance contre l'immobilisme!

| *Huguette Muller*

bref rappel...

Le 100^e anniversaire de l'association mérite bien qu'on fasse un bref rappel de son histoire et du pourquoi de son existence.

A l'origine, l'Association est créée afin de garantir aux diplômées de l'Ecole la Source une couverture collective en cas de maladie et d'accident et d'apporter aussi une aide aux retraitées démunies, l'AVS n'apparaissant qu'en 1947.

Petit à petit des statuts sont élaborés, et les derniers acceptés lors de l'Assemblée Générale le 13 mai 1993. Ceux-ci peuvent être consultés en tout temps au CEDOC (Centre de Documentation, HES LA Source).

Aujourd'hui que peut-on dire de l'Association? Elle poursuit toujours les mêmes buts qui sont ceux de l'entraide, de soutien, de lien.

Le comité Central formé d'au moins neuf membres, coiffé par sa Présidente, se réunit régulièrement pour débattre des décisions à prendre. Il est représenté au Conseil d'administration de la Fondation, à la commission d'admission de l'Ecole, et au comité de rédaction du journal. Il ne faut pas oublier que 12 groupes régionaux existent en Suisse.

Pourquoi une cotisation de 15 francs, et où passe-t-elle? Mon intention n'est ni de reprendre, l'examen des statuts de l'Association, ni de la gestion de sa caisse, mais, bien de montrer, avec quelques exemples concrets,

qu'une si petite somme peut, bien souvent, aider à la réalisation de grands buts.

- Des bourses d'études ou prêts aux étudiants de l'Ecole la Source.
- Des dons ponctuels à des familles précarisées.
- L'aide au paiement de factures en cas de difficultés financières.
- Des bons de taxi, de pédicure, de coiffure à des personnes handicapées ou démunies.
- Un soutien financier annuel au journal Source.
- Un soutien amical à des membres solitaires, malades, en difficulté.
- L'organisation de rencontres récréatives, culturelles, de voyages...
- Des cadeaux divers, dont une paire de ciseaux offerte à chaque nouvel étudiant, des attentions pour certains membres aux fêtes de fin d'année.

Les présidentes de groupe, elles, gèrent les activités ludiques, proposent des aides aux membres de leur association locale et font valoir certaines demandes de soutien au comité Central, qui les valide.

Il faut que notre Association puisse continuer ses œuvres, elle a besoin de votre soutien, et 15 francs c'est si peu et en même temps tellement car permet la réalisation de choses qui représentent beaucoup pour bien des personnes.

Merci à vous tous.

I M-C Siegfried



La Source crée des liens

L'Association les maintient

**Y adhérer,
c'est assurer la solidarité**

CCP 10-2712-9 – Lausanne

Inscription au Journal Source

Une inscription
au Journal Source
est désormais possible
par Internet sous

www.ecolelasource.ch,
rubrique « Publications ».

Inscrivez-vous vite !

naissances

Dylan Zumji, né le 8 décembre 2005, pour la grande joie de ses parents Doris (diplômée en sept. 2003) et Nenlep Gomwalk-ljere

Timéo, né le 17 décembre 2005, pour la grande joie de ses parents Annick (diplômée en sept. 2002) et de son papa Fischer-Morand

Nolan, né le 25 janvier 2006, pour la grande joie de ses parents Nathalie (diplômée en sept. 2002) et Yann, Frommherz-Antille

Toutes nos félicitations aux heureux parents.

décès

Marie-Louise Juillerat-Rossier (volée 1941) décédée le 10 janvier 2006

Liliane André (volée 1967.04) décédée le 23 janvier 2006

Eliane Golay-Vullioud (volée 1956) décédée le 29 janvier 2006

Irène de Beaumont (volée 1937) décédée le 6 février 2006

Toute notre sympathie à la famille dans le deuil.

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Anne-Claude Allin, Phyllis Wieringa, Brigitte Jaquet.

Responsables de la parution

Jacques Chapuis, directeur.
Alexia Stantzos, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice

Les textes à publier sont à adresser,
à A. Stantzos et V. Hausey-leplat:
avenue Vinet 30, 1004 Lausanne
e-mail: a.stantzos@ecolelasource.ch
e-mail: v.hausey-leplat@ecolelasource.ch

Abonnement

Fr. 47.50 par an, (étranger: Fr. 52.50, retraités
à l'étranger Fr. 37.50); AVS Fr. 32.50; étudiants: Fr. 20. –
CCP 10-16530-4

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

Directeur

Jacques Chapuis

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
Internet: www.lasource.ch

Directeur général

Michel R. Walther

Directeur des Soins Infirmières

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

ISSN 1660-8755

Cagna
FLEURS

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



Livraisons à domicile

Service Fleurop-Interflora dans le monde entier

Nos fleurs sont également en vente à la Clinique
La Source

J A B
1052 Le Mont

PP/Journal
CH-1052 Le Mont

1906 → 2006

**100^e anniversaire
de l'association des infirmières
de l'Ecole La Source**

14 novembre 2006 → Cathédrale de Lausanne à 10 h

Renseignements → 021 963 60 77 ou 079 400 09 36

→ **Née pour vaincre les années...**



Association
des infirmières
de La Source

les couleurs du secret





éditorial

le secret dans tous ses états...	3
----------------------------------	---

nouvelles de l'école

école sans fumée	5
la formation professionnelle des infirmiers/infirmières dans le système dit de Bologne... à la sauce bolognaise	6
mars 2006, entrée en année préparatoire pour le Bachelor	10

nouvelles de l'institut

les rencontres de La Source	11
-----------------------------	----

nouvelles de la clinique

nouvelle cuisine de la Clinique de La Source	13
--	----

dossier: les couleurs du secret

le secret	15
la tradition dans un contexte moderne	18
remèdes secrets que cachaient-ils? en trouve-t-on encore aujourd'hui?	21
Gruyère faiseurs de secrets – monde mystérieux de guérison	23
secrets de famille faut-il tout dire?	25

association

vie des groupes de l'Association	32
----------------------------------	----

faire-part

hommage à Eliane Golay-Vuilloud	33
hommage à Emilie Tamburini-Rosset	34
hommage à Marie-Louise Cosandey-Piguet	34
décès	35
naissances	35
nouvelles adresses	35

le secret dans tous ses états...

Les prémices printaniers m'invitent à la fantaisie, à m'amuser avec les mots, à jongler avec les couleurs du secret. Alors en avant toute pour composer avec le mot secret!

Polichinelle, personnage comique du théâtre des marionnettes, a une prédilection pour les faux secrets puisqu'il parle à qui veut l'entendre et souvent à tort et à travers; d'ailleurs ne dit-on pas «*c'est un secret de Polichinelle*»? Est-ce rompre un secret que de vous signifier que l'écriture me plaît!

Hier, dans le trolleybus, j'ai croisé le regard d'un *agent secret*! Je vous assure que je n'ai pas rêvé!

La nature en effervescence me comble littéralement, j'apprécie de me délecter des fragrances, de me laisser bercer par le gazouillis des oiseaux... et puis ce que j'aime par-dessus tout c'est cultiver mon *jardin secret*!



© Archives Atelier Grand SA

Je vous le dis entre quatre yeux: Motus et bouche cousue... *car Top Secret!*

Après maintes et maintes investigations, recherches, cogitations, j'ai enfin découvert «*le pot aux roses*»... mais oui! J'ai deviné le fin mot de l'histoire, le secret, la réalité cachée!

J'apprécie la musique des mots, les mots qui chantent, qui vibrent, mais je me confronte aussi aux mots qui traduisent l'expression des maux, ainsi j'ai appris à tenir ma langue ou plus précisément à *garder un secret*, car je ne suis pas comme ces «*commères*» qui ont la langue trop longue!

Parfois la spontanéité peut nous jouer des tours, pris dans le tourbillon des mots, voilà que l'on vend la mèche!

Avez-vous remarqué combien les individus sont singuliers? C'est heureux me direz-vous cette palette de particularités... une vraie richesse!

Certains sont volubiles, timorés, quelques-uns pérorent à l'envi, d'autres brassent de l'air, plusieurs s'étourdissent dans des propos incongrus... et puis il y a ceux qui gardent un peu de mystère... ceux-là sont *secrets*...

S'il me plaît de me confier à vous alors je vous *mets dans le secret*!

Les enfants se livrent à merveille au bonheur de nous livrer leurs petits secrets... secrets chuchotés spontanément à l'oreille... Instants si doux, si légers! L'enfance que l'on doit abandonner fait que notre rapport au secret, au fil du temps, devient particulier, pour certaines personnes il demeure spécifique puisque... *secret professionnel*.

En secret, j'aimerais vous informer que leurs velléités m'insupportent!

Dans *le secret de son cœur* il s'engage à défendre l'authenticité, à revendiquer le droit à la différence.

Un brigand des quatre chemins a été *mis au secret* pour une durée indéterminée! Ne serait-ce pas, par hasard, *l'agent secret* qui l'aurait pris en filature!

Il est temps à présent d'emporter le chat! (expression québécoise qui signifie quitter en secret)... Je disais donc voilà venu le temps de vous *quitter en secret*!

Il aurait été regrettable de ne point citer Sacha Guitry, certes quelque peu misogynne; toutefois sa citation porte à sourire, je ne trahirai point un secret en affirmant que le sourire est essentiel à la rencontre de l'autre...

«*C'est une erreur de croire que les femmes ne peuvent garder un secret. Elles le peuvent seulement si elles s'y mettent à plusieurs.*»

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice Journal Source

Il ne faudra pas le dire trop loin, mais Véronique aime l'écriture...

Le secret, il vous emporte, teinte votre vie de ces couleurs parfois vives ou parfois sombres.

Il réjouit, il guérit, il exacerbe la curiosité, mais parfois il angoisse, il fait pleurer, il inquiète... Savoir le peindre, le dire, l'écrire c'est vouloir le dévoiler, nous avons toujours besoin de le nommer ou de le chercher. Comme si les couleurs du secret ne peuvent pas être neutres! Nous connaissons toujours un peu de sa teinte et nous tentons à chaque détour de le rendre plus vif, plus brillant, plus passé, plus contrasté... Le garder seul, il perd de ses couleurs et de son attrait... un secret il faut le passer, le rendre vivant pour l'amener à nous dévoiler sa toile. Il nous amène à créer pour le cacher, le transformer, le valoriser, le dévoiler, le trouver ou l'éteindre. Le secret, vérité ou mensonge?

Nous vous souhaitons une lecture vous interrogeant secrètement.

Alexia Stanzos
Rédactrice Journal Source



école sans fumée

Depuis de nombreuses années, le sujet de la fumée dans l'institution de la Haute Ecole la Source a fait couler beaucoup d'encre, et a imposé à nombres d'étudiants, d'enseignants et d'infirmières de la santé une réflexion sur la thématique «l'École sans fumée».

Le bref historique (non exhaustif) de ces dix voire quinze dernières années que je vous propose démontre combien la problématique de la fumée tient à cœur (et aux poumons!) aussi bien aux fumeurs qu'aux non fumeurs. En effet les fumeurs revendiquent haut et fort leur droit de fumer et les non fumeurs s'époumonent pour faire reconnaître leur besoin de respirer un air sain. Mais alors comment répondre favorablement aux besoins des uns et des autres? C'est le serpent qui se mord la queue!

Les valeurs telles que la tolérance, le respect, le droit de choisir, le droit à la différence, la promotion de la santé... sont transportées au fil du temps, des discussions et des réflexions. Toutefois deux concepts fondamentaux, la tolérance et la promotion de la Santé prédominent. Ainsi pour certains protagonistes leur préférence s'oriente vers le désir de bénéficier d'espace fumeur, pour les autres la tendance est d'évoluer au sein d'une école exempte de fumée. Espaces fumeur pour les uns, école sans fumée pour les autres. Dans cette constellation de représentations, de préjugés, de cultures d'expression différentes, où peut réellement se situer le dénominateur commun?

Alors, comment faire vivre en harmonie ces concepts au sein de l'institution?

Et si je laissais voguer mes souvenirs! A l'époque l'infirmière de santé avait organisé avec des étu-

dants et des enseignants un groupe de réflexion qui par ailleurs était en étroite collaboration avec le Centre d'Information pour la Prévention du Tabagisme (CIPRET). Dès lors, le 31 mai compte tenu de la journée de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est devenu une journée sans tabac voire... sans fumée... à l'intérieur des murs de l'institution. Le sujet a été exploité sous divers axes puisque d'autres étudiants se sont mobilisés auprès de leurs pairs en élaborant des travaux de recherche en lien avec la thématique du tabac et la promotion de la santé à l'école,

Du coup des espaces fumeurs et non fumeurs sont assignés, mais sans impact notable puisqu'ils ne seront pas respectés. Ainsi l'atmosphère de travail devient de plus en plus enfumée! si ce n'est «carrément» viciée; mais qu'en est-il de la tolérance si chère à certains d'entre nous!

Comme le proclame l'UNESCO: *«la tolérance n'est ni complaisante, ni indifférence. C'est le respect et l'appréciation de la richesse et de la diversité des cultures de notre monde, de nos modes d'expression et de nos manières d'exprimer notre qualité d'être humains»* (Unesco journée internationale sur la tolérance 16 novembre 1995).

Le respect, autre terme utilisé dans le contexte du rapport à l'autre quel qu'il soit, justifie donc la rencontre de manière sereine et authentique.

En référence au Petit Larousse illustré, le respect est *«un sentiment qui porte à traiter quelqu'un, quelque chose avec de grands égards, à ne pas porter atteinte à quelqu'un»* (2006)

L'impasse s'est avérée notre lot quotidien puisqu'il faudra attendre l'année 2000 pour qu'un changement concret prenne forme. En effet de nombreux travaux sont effectués au sein de

1 En français: Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

l'école avec l'aménagement de nouveaux locaux dont une cafétéria munie d'un système sophistiqué de ventilation, permettant ainsi aux étudiants fumeurs et non fumeurs de «vivre en harmonie» enfin presque! Mais cela serait sans compter avec un souci de taille! puisque les mass média vont se faire l'avocat du diable en évoquant toujours davantage la nocivité de la fumée passive – études scientifiques à l'appui – Bien évidemment l'école ne va pas rester insensible à ces nombreux discours.

Le premier mars 2006 nous vivons un grand moment historique car La Haute Ecole de Santé la Source est déclarée Ecole SANS FUMEE. Dès lors s'offrent aux «éternels» fumeurs deux options à savoir: fumer à l'extérieur dans les jardins de l'Ecole ou arrêter de fumer! dans le but de promouvoir la santé à l'Ecole. Aujourd'hui, le sujet de la fumée ne semble plus être un problème majeur, la décision retenue paraît contenter la majorité des individus; chacun pouvant assurément faire sienne les valeurs interrogées préalablement.

En guise de conclusion, je me permets de faire un petit clin d'œil (de remerciements) aux infirmières de santé, aux enseignants et étudiants qui se sont mobilisés avec beaucoup de ferveur, d'obstination, (tout au long de ces années) pour le bien être de chacun d'entre nous qui travaillons, apprenons, se formons dans cette institution. Un grand coup de chapeau en forme de merci!

Brigitte Jaquet
Professeur HES

la formation professionnelle des infirmiers/infirmières dans le système dit de Bologne... à la sauce bolognaise

Les systèmes de formation de l'école enfantine à l'université sont en mutation dans notre pays. La formation professionnelle est dans la même situation.

La formation des infirmières intégrée en Suisse romande depuis quelques années dans le système d'enseignement supérieur au niveau des Hautes Ecoles Spécialisée (HES) vit elle aussi d'importants bouleversements.

L'impact de l'Europe à travers la déclaration de Bologne en est un des déterminants majeurs

Tout commence à Bologne le 10 juin 1999 à l'issue de la conférence sur l'espace européen de l'enseignement supérieur, la **déclaration de Bologne** est signée par 29 ministres européens en charge de l'éducation. Cette déclaration engage les pays signataires – dont la Suisse qui en fait partie depuis l'origine.

Le but du processus de Bologne est la création d'un espace européen de l'enseignement supérieur d'ici 2010 dans le but d'encourager la mobilité et de renforcer l'Europe des connaissances dans un contexte de concurrence mondiale.

Il s'agit de réaliser les objectifs concrets suivants:

- créer un système de diplômes facilement lisibles et comparables,
- mettre en place un système de filières d'études à deux échelons (undergraduate / bachelor; graduate / master),



- introduire un système d'unités capitalisables, selon le **modèle ECTS** (European Credit Transfer System),
- promouvoir la mobilité: limiter les obstacles à la mobilité des étudiants et des enseignants entre les Hautes Ecoles,
- promouvoir la coopération européenne en matière d'assurance qualité,
- promouvoir la dimension européenne dans l'enseignement supérieur.

Convaincus de la nécessité d'assurer le suivi et l'adaptation continue de cette réforme profonde de l'enseignement supérieur, les ministres en charge se sont réunis depuis lors chaque 2 ans. Ils ont confirmé les objectifs définis à Bologne. Ils ont aussi soutenu l'idée que l'enseignement supérieur doit être tenu pour un bien public, ils ont insisté sur l'importance de la formation continue.

Dans cette perspective, les 45 pays participant à ce jour au processus se sont engagés notamment à harmoniser les structures de leurs systèmes d'enseignement supérieur pour une plus grande compatibilité et une meilleure comparabilité à l'échelle européenne et à joindre leurs efforts en matière d'assurance qualité.

La mise en œuvre en Suisse et plus particulièrement en Suisse romande

Les hautes écoles suisses se préparent depuis quelques années à entrer progressivement dans ce système.

Elles ont décidé de modifier l'organisation des études et des programmes dans la perspective du Bachelor (3 ans) et du Master. (2 ans) Les conférences des recteurs des universités, les hautes écoles spécialisées (HES) et des hautes écoles pédagogiques (HEP) sont en train d'harmoniser leurs calendriers académiques pour les rendre «euro compatibles». De ce fait, la rentrée dans les hautes écoles s'effectuera plus tôt dès cette année.

La décision de créer et de développer des masters en tenant compte du caractère professionnel de la formation et d'ouvrir à une voie doctorale sont en discussion.

Des collaborations possibles entre les HES et les universités sont explorées.

La formation continue de type post grade se développe également conjointement. L'intention est de développer des programmes de Master Advanced Studies (MAS) dans différents domaines professionnels.

La Haute Ecole de Suisse occidentale (HES-SO) réuni 28 filières professionnelles relevant des domaines: «économie et service», «ingénierie», «arts appliqués», «santé» et «travail social» Le domaine santé regroupe les filières de formation des infirmières, des sages-femmes, des diététiciennes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des techniciens en radiologie médicale. Toutes ces filières entrent dans le modèle de Bologne avec un programme de Bachelor en 3 ans, valant 180 crédits ECTS dès l'année académique 2006-2007.

La rentrée 2004 est la dernière délivrant un diplôme professionnel HES en quatre ans.

Les premiers titres de Bachelor professionnels seront délivrés en 2009. Pour les infirmières, ce sera un «Bachelor of sciences». Dans d'autres filières ce sera un «Bachelor of arts».

Dans ce contexte, pour répondre aux exigences du profil santé HES défini par la conférence suisse des directions de la santé (CDS), dès 2005 est mise en place dans les filières santé, une année préparatoire au Bachelor. Elle s'adresse aux candidats admis, porteurs d'une maturité académique ou titre équivalent.

Durant cette année préparatoire, les étudiants font pour la plupart leur première expérience d'une formation en alternance, entre cours et stages. Ils se confrontent au monde du travail de la santé et aux exigences de la profession choisie.

L'accès direct au Bachelor est possible aux titulaires d'une maturité professionnelle santé-social avec un CFC spécifique à une des filières HES.

Les assistantes en soins et santé communautaire porteuses d'une maturité professionnelle peuvent entrer directement en 1^{re} année de Bachelor en soins infirmiers.

La formation conduisant au Bachelor en soins infirmiers.

Cette formation se réfère au cadre général HES qui pose le principe d'une formation généraliste, situe les niveaux de formation du Bachelor et du Master, définit une structure modulaire des programmes et une organisation semestrielle de l'année académique.

La filière infirmière développe le cadre général de sa formation et du programme en regard de toutes ces prescriptions.

Le programme de la filière est organisée en 2 semestres de 16 semaines. Chaque semestre comprend 4 modules théoriques et un module de formation pratique. Le dispositif d'évaluation est semestriel.

La formation par alternance se fonde sur un référentiel de compétences de la profession et des axes thématiques orientent les contenus. Un mémoire de fin d'étude clôt la formation.

Les options de formation

La formation promeut et vise le développement de compétences, la réflexion créatrice, la pensée critique «l'apprendre à apprendre, l'ouverture d'esprit et la capacité à s'adapter aux changements fréquents, à l'évolution de l'environnement et du contexte socio-sanitaire».

Les compétences définies se fondent sur des valeurs professionnelles¹, une conception de la santé, de l'être humain, du soin (caring), sur l'analyse des pratiques de la profession. Elles

prennent en compte l'environnement dans lequel s'exerce la profession, les défis qu'elle a à relever.

Le but de la pratique infirmière consiste à rendre la personne (famille, groupes, collectivités) apte à prendre en charge sa santé selon ses capacités et les ressources que lui offrent son environnement. L'infirmière s'ouvre sur la santé au delà de la guérison et de la maladie, au service des personnes et de la population. L'art du soin traite de situations touchant l'humain en s'appuyant sur des sciences biomédicales, humaines, infirmières, fondées sur des résultats de recherche.

L'offre en soins infirmiers s'élabore dans un partenariat avec un client, une clientèle, une équipe de travail pluri professionnelle, dans un système de soins et de santé en réseau. La pratique infirmière ainsi définie met l'accent prioritairement sur les activités autonomes du soignant, véritable **généraliste de la santé**.

Une grande importance doit être accordée chez ces futurs professionnels au développement:

- de l'autonomie et de la responsabilité professionnelles,
- des habiletés en communication et relations, outils indispensables tant à l'égard de la clientèle que pour le travail en équipe, en réseaux et dans l'environnement socio politique,
- d'une compréhension «plurielle et dynamique» des situations fondées sur des connaissances référencées,
- de prestations infirmières validées par de la recherche,
- d'une attention à l'environnement et d'un comportement citoyen.

Former une infirmière généraliste implique dans la formation initiale de construire une culture

¹ Code de déontologie du CII

professionnelle « fondamentale » qui soutiendra le développement d'une expertise et de spécialisations futures.

Les savoirs bio-médicaux indispensables sont déterminés par l'étude de situations de soins selon des critères tels que prévalence, urgence, gravité, interventions professionnelles, exemplarité pédagogique, répercussions bio-psycho-sociales.

L'apprentissage et l'acquisition de compétences se construisent à partir de situations de soins, de la compréhension des processus à l'œuvre et de l'utilisation de méthodologies visant à résoudre de problèmes, à apprécier et interpréter la complexité (approche systémique) et à élaborer un jugement professionnel étayé.

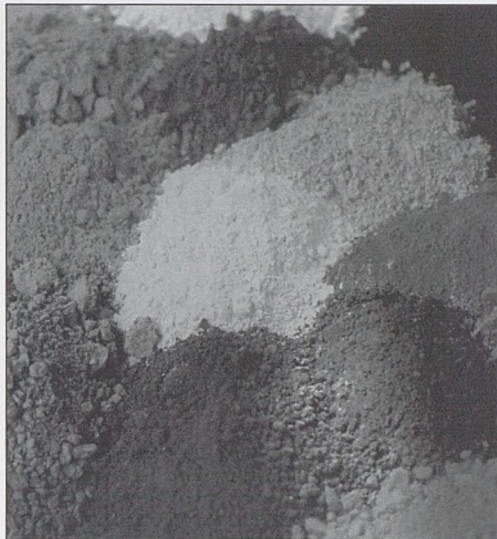
L'alternance intégrative

La définition et l'enchaînement de chaque période pratique tient compte de l'expérience et expertise antérieures en matière de développement des compétences professionnelles, d'un champ de pratique à l'autre. Les lieux de pratique proposés sont multiples et variés.

La formation pratique donne l'opportunité à l'étudiant-e de rencontrer et de développer ses compétences et des interventions professionnelles :

- auprès de personnes, de groupes et de collectivités en santé ou malades,
- auprès de nouveau-né, d'enfant, d'adolescent, d'adulte et de personne âgée,
- avec des professionnels exerçant dans les différents domaines de soins et/ou d'activités, (approches pluri-professionnelles).

Les périodes de formation pratique sont sources de découvertes et de mobilisation des connaissances théoriques nécessaires à l'analyse des situations rencontrées. L'étudiant-e



© Archives Atelier Grand SA

est ainsi amené à confronter ses représentations aux réalités du terrain et à développer son positionnement professionnel.

Les professionnels-les et les enseignants-tes sont des personnes « ressources » pour aménager des expériences cliniques qui permettent à l'étudiant-e d'acquérir des connaissances et de développer ses compétences professionnelles.

Ils-elles accompagnent l'étudiant-e dans l'apprentissage gestuel, relationnel, organisationnel et réflexif en tenant compte des dimensions socio-culturelles, éthiques et spirituelles inhérentes à la complexité des situations professionnelles actuelles.

Le référentiel de compétences définit le champ professionnel à étudier et le niveau attendu en fin de formation :

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins.
2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires.



3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.
4. Evaluer ses prestations professionnelles.
5. Contribuer à la recherche en soins et en santé.
6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels.
7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire.
8. Participer aux démarches qualité.
9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome.

Des indicateurs de performances de chaque compétence, situent à la fois le champ de l'activité spécifique et le niveau attendu selon l'année d'études.

Le programme de Bachelor de l'école s'élabore dans cet environnement déjà très construit. Nous inspirant de nos expériences précédentes et des savoirs ainsi acquis, nous travaillons à la mise en forme et en œuvre d'un programme tentant de continuer à favoriser le développement tant de la personne que de la future professionnelle, à mettre l'accent sur l'importance d'acquérir un jugement professionnel de qualité. La communication et la nécessité d'un travail coopératif entre des professionnels et la clientèle en vue d'actions concertées dans un esprit de santé communautaire sont aussi des points qui nous semblent importants à approfondir.

Michèle Monnier

Responsable de formation à la HES La Source

mars 2006, entrée en année préparatoire pour le Bachelor

AL MAHOURI Leila-Sylvie, ANGUITA ACEVEDO Veronica, BOMMELI Fabienne, BORGOGNON Stéphanie, BRUNETTI-MALISZEWSKA Zofia, CAVAGNOUD Séverine, COTTE Samuel, DE BALMANN Yohan, DUPERTUIS Raphaël, EGGER KESSLER Mireille, GIRARDET Géraldine, KIMMEIER JAUNIN Marina, LOSSON Myriam, MBUEBUE MUKANYA Itema, MERÇAY Colom-ban, MORDASINI Mariela, ROSSEL Brigitte, RUVA SELITAJ Nesrin, SCHAFFER Astrid.



INFORMATION

Un cycle de rencontres-conférences aura lieu à La Source après l'été sur le thème du DON, il portera sur des thématiques comme:

- L'anthropologie du don et contre-don.
- Le don dans l'action humanitaire.
- Don de sang, don d'organes, don de moelle.
- Don et bénévolat.

Les détails de ces rencontres vous seront donnés dans le prochain Journal du mois de septembre 2006.

les rencontres de La Source

Colloques internationaux «INTIMITÉ ET SEXUALITÉ DANS LES STRUCTURES DU SYSTÈME DE SOINS» Paris – 25 et 26 septembre 2006

Les interrogations mises en mots et en formes par le Comité organisateur:

- ▮ Oser la tendresse et l'exprimer avec délicatesse: quelles autorisations se donner? Quels moyens déployer?
- ▮ Qu'est-ce que le droit à la sexualité?
- ▮ Quelles sont les formes de sexualité et quelle différence y a-t-il entre sexualité et génitalité?
- ▮ Quelles sont les stratégies de rejet de la sexualité?
- ▮ Que disent à ce jour les connaissances biomédicales sur l'intimité et la sexualité au sein des systèmes de soins?
- ▮ Quand la médecine prend le sexe en mains: quelle obligation de moyens et quels résultats?
- ▮ Que nous donnent à penser la tardive prise en compte de la douleur et l'interdit de la jouissance?
- ▮ Quels sont les rituels de l'intimité et les formes de respect qui y sont associées?
- ▮ Toucher et être touché... est-ce toujours si bon?
- ▮ L'intimité émotionnelle et relationnelle.
- ▮ Lorsque la sexualité se défend de l'intimité.
- ▮ Comment les formations initiales des professionnels de la santé abordent-elles la dimension sexuelle des rapports humains?
- ▮ Que peuvent apporter les formations continues pour atténuer la banalisation, le déni ou le rejet de la sexualité au sein des structures?
- ▮ La pseudo déssexualisation des contacts soignants/soignés.
- ▮ Comment aborder la personne sans la réduire à son affection?
- ▮ Quelle place le patient ou le résident veut-il, peut-il ou ose-t-il accorder à sa sexualité?
- ▮ Comment accueillir sa souffrance et le non-dit – ou le « mal dit » – dans lequel elle s'enracine?

- ▮ Quelle place occupe la réconciliation avec soi-même pour aborder la sexualité – ou son évocation – dans sa pratique professionnelle?
- ▮ De l'atteinte à la pudeur à l'invitation à la débauche: quelle est la bonne distance des soignants?
- ▮ L'ambiguïté du langage verbal et corporel des professionnels: quelle conscience des « promesses érotiques ».
- ▮ Prendre soin de soi, de l'autre, des autres et du monde: une éthique des rapports humains.

Aspects pratiques

Le Colloque se déroule à Paris à l'Espace «Les Films 13», avenue Hoche, 15 – 75008 Paris. A deux pas du parc Monceau. La station de métro la plus proche est Charles-de-Gaulle – Etoile (Lignes 1, 2, 6 et RER A).
 Dates: Lundi 25 et mardi 26 septembre 2006
 Horaires: accueil à 8h30 – fin à 17h30
 Coût: 320 euros, pauses et repas inclus.

Modalités d'inscription:

Les inscriptions sont prises dans l'ordre d'arrivée. Un nombre maximum de quatre-vingts participants, y compris les membres du Comité organisateur, pourront être réunis.

D'autres fiches peuvent être obtenues sur simple demande à Laurent Denizot à l'Institut La Source, soit par téléphone, soit par e-mail à l'adresse: l.denizot@institutlasource.fr

L'inscription est prise en compte dès réception du paiement ou de l'engagement de l'employeur pour les établissements publics français.

L'Institut La Source est un organisme de formation enregistré auprès de la Préfecture de Région.

En préparation:

- **Parentalité, soin et société**
- **Quand l'exagération du caractère devient maladie – ou la mort de Platon**

Institut La Source
 43, avenue Hoche
 75008 Paris
 E-mail: info@institutlasource.fr
 Site Internet: www.institutlasource.fr
 Paris. Lausanne. Bruxelles.

CAUDERAY

Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

ENERGIE

LUMIERE

Rue de Genève 64
à 1004 Lausanne
Tél. 021 620 0 900
Fax 021 620 0 901

info@cauderay.com <http://www.cauderay.com>

Interoffice Gavillet SA
Rue Beau-Séjour 1
Case postale 6259
1002 Lausanne

Tél. (+41) 021 321 20 50
Fax (+41) 021 321 20 51
e-mail: info@gavillet.ch
www.gavillet.ch

interoffice
Gavillet SA

archiutti

volo



Inscription au Journal Source

Une inscription au Journal Source est désormais possible par Internet
sous www.ecolelasource.ch, rubrique « Publications ».

Inscrivez-vous vite!

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

Agencements sur mesures, travaux spéciaux, ébénisterie
Magasins, restaurants, collectivités, pharmacies
Mobilier pour cliniques et cabinets médicaux
Rénovation et entretien d'immeubles
Cloisons phoniques, insonorisantes
Fenêtres bois, bois-métal et PVC

Rue du Maupas 8 bis
1004 Lausanne
Tél. 021 648 58 48
Fax 021 646 71 49

Direction Alain GOSTELI
E-mail: strehl@bluewin.ch

Conseils, devis et projets sans engagement

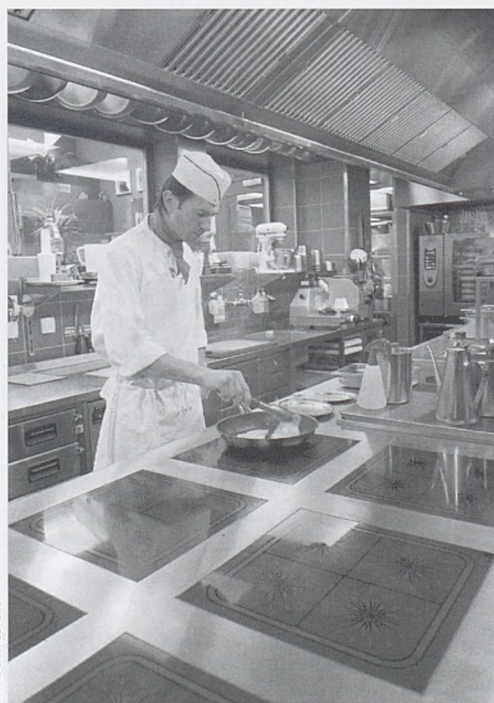
Les couleurs du secret

nouvelle cuisine de la Clinique de La Source

Après 28 ans de bons et loyaux services, la cuisine de La Source a fait peau neuve. M. Michel Walther, directeur général de la Clinique, a mandaté M. Francis Gendre, architecte d'intérieur au bénéfice de nombreuses expériences dans la création de cuisines professionnelles, afin de soumettre un projet adapté aux normes en vigueur.

Par exemple, l'ancienne cuisine n'était pas encore équipée de séparateur de graisses. La Clinique se voyait donc refuser toutes les autorisations de transformations.

M. Walther souhaitait, dans le cadre de ce projet, la création d'une table d'hôtes pouvant être ouverte au public.



© Archives CLS

L'avant-projet étudie une nouvelle circulation; toutes les marchandises sont pesées et stockées dans les chambres froides sans que les livreurs ne pénètrent dans la cuisine.

Le tiers de la surface est utilisé pour le « froid » (chambres froides, chambre de congélation et local climatisé pour la préparation des légumes et des banquetts ainsi que l'économat de jour).

Chaque zone de travail se démarque par une couleur de carrelage: bleu = laverie, rouge = cuisine chaude, jaune = pâtisserie, entremets et chaîne de montage des assiettes et vert = préparation des légumes + économat.

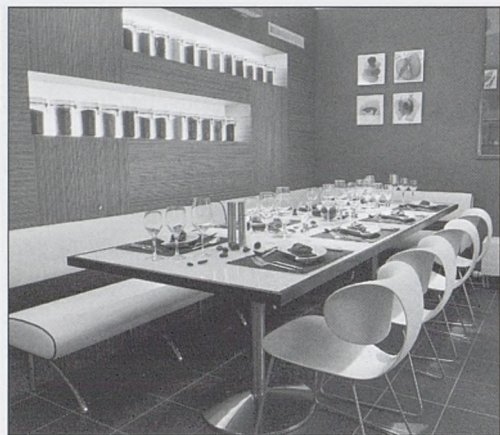
L'ascenseur existant est désormais utilisé pour monter les chariots de menus dans les étages et un nouvel ascenseur est créé pour descendre la vaisselle sale directement dans le local de la laverie sans que le propre et le sale ne se croisent.

Tous les postes de travail disposent de grilles de sol et le mobilier en inox est suspendu et réfrigéré. La laverie dispose d'une station de lavage de chariots.

Le système de ventilation renouvelle l'air à concurrence de 15'000 m³ à l'heure.

Vu le manque de place dans les locaux de l'ancienne cuisine, une extension du bâtiment, agrémenté d'une verrière, s'est avérée nécessaire pour aménager la table d'hôtes et le bureau du chef de cuisine qui donne sur un petit jardin d'herbes aromatiques.

Le projet ci-dessus une fois accepté, un grand nombre de problèmes étaient encore à résoudre. Le chef de cuisine, M. Eric Godot, s'est rendu à



Bordeaux pour louer une cuisine provisoire, disposée dans des containers, afin de pouvoir continuer à servir les repas des patients et du personnel pendant la durée des travaux.

Dès que le permis de construire a été délivré, la cuisine provisoire a été posée et l'ancien agencement démonté. Celui-ci finira ses jours à Madagascar dans une école professionnelle de cuisine, en partenariat avec le SMILE (organisation d'aide humanitaire de l'Ecole hôtelière de Lausanne). Pendant ce temps, M. Godot étant aussi perfectionniste dans les détails de son futur agencement de cuisine que dans la qualité exceptionnelle de sa cuisine faisait et refaisait les plans ainsi que les choix et essais des divers appareils. Il a ainsi choisi l'induction comme méthode de cuisson.

La démolition pouvait enfin commencer. Les fondations furent cassées sur 1 m 20 de profondeur afin de pouvoir poser toutes les canalisations du futur séparateur de graisses situé au 2^e sous-sol dans le local technique. Pour la création du nouvel ascenseur toutes les dalles furent sciées jusqu'au dernier étage de la Clinique ce qui a occasionné beaucoup de bruit et de poussière. Ces désagréments furent très pénibles à supporter pour les patients et le

personnel et les plaintes furent nombreuses. Mais le personnel des soins fut particulièrement professionnel et sut calmer et rassurer les patients.

Bien que le projet fut compliqué, grâce au professionnalisme des entreprises mandatées et au sérieux des personnes responsables des travaux le projet a été mené à bien et la Clinique de La Source peut prétendre posséder la plus belle cuisine professionnelle de Suisse romande, sans avoir peur des mots...

M. Godot et le soussigné remercient la Direction de la Clinique, plus particulièrement M. Walther, qui a permis de réaliser les désirs les plus fous.

Francis Gendre

Architecte d'intérieur VSI-ASAI

L'art à la Source

CLS+

Clinique de La Source

Galerie

DU 22 JUIN 2006

AU 3 SEPTEMBRE 2006

ANASTASIA COMNINELLIS ET
CAROLINE JAYET

VERNISSAGE LE JEUDI
22 JUIN 2006 A 17H30

DU 7 SEPTEMBRE 2006
AU 12 NOVEMBRE 2006

SHADYA GHEMATI

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

les couleurs du secret

le secret

Eloge du secret

D'entrée, dans la société qui est la nôtre, avec les habitudes qui sont les nôtres, j'aimerais profiter de ces lignes pour faire l'éloge du secret. En l'associant au mystère de notre existence, à sa densité, à l'irréductibilité de ce qui fait de chacun de nous une personne. Tout ne peut pas être dit, pensé, expliqué, dévoilé. Il y a une part d'ombre dans ce que nous sommes et dans nos cheminements. Elle est même la condition de toute croissance, de toute maturation, de toute identité assumée et vécue pleinement. Aujourd'hui, dans une société des dévoilements permanents, agressifs et revendicateurs, que ce soit sur le plan des corps, des événements ou des performances, faire l'éloge du secret s'allie pour moi au désir de protéger l'humain, de lui rendre ce qui le dérobe aux regards indiscrets, au « grand œil » qui contrôle tout, aux images de perfection, aux comportements codifiés, aux normes réductrices, aux comparaisons étouffantes.

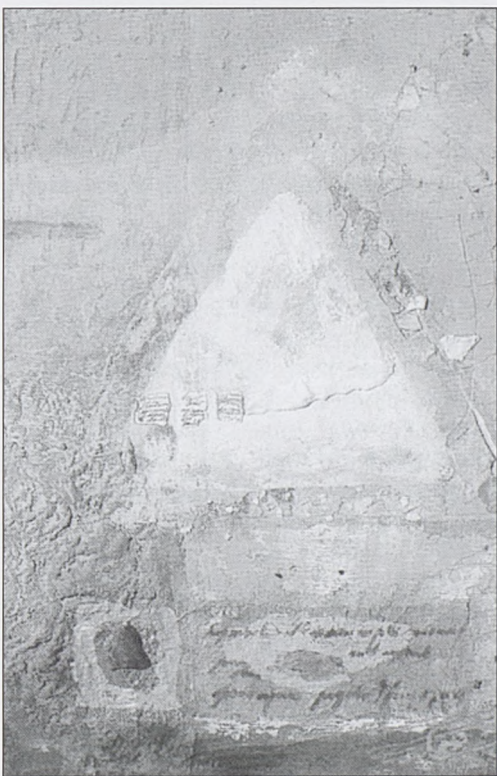
Les « mauvais » secrets

L'éducation en Allemagne, dans les années 70 et 80, cherchait à promouvoir un esprit critique et autonome. La prise de position personnelle et argumentée, le débat public, en étaient le cœur. J'y ai appris la méfiance des « mauvais » secrets : l'information retenue, le savoir réservé à une élite et utilisé aux dépens du grand nombre, des données tronquées, une manipulation des faits et des personnes. Il s'agit là d'un secret irrespectueux, intéressé et abusif dont le but est la tromperie, la mystification. Tout comme il y a de lourds et mortifères secrets dans certain nombre de familles ou de groupes. Ici, la parole qui exprime et dévoile, qui « dit juste », qui franchit le tabou, est une parole de

guérison et de libération. Je reste en ce sens très attachée aux valeurs fondamentales de la société occidentale moderne que sont le partage du savoir et du pouvoir, l'exercice d'un esprit critique et responsable, l'émancipation des tutelles, le décèlement des manipulations et des abus de pouvoir. Cela s'applique pour moi également aux religions où des « mauvais » secrets sont pour moi autant si ce n'est davantage à redouter qu'ailleurs, vu la charge et la quête d'absolu.

Les secrets stimulants

Le secret est certainement un des plus grands stimulateurs de la curiosité et de l'inventivité de l'esprit humain. Ici, il s'associe à la découverte et à l'exploration. Percer le secret, percer



le mystère, voilà l'étoffe dont les grandes découvertes scientifiques, les grands progrès techniques sont faits. Dérober des secrets aux « dieux », à la nature, donner à l'homme, agrandir la part de maîtrise de l'homme, voilà comment pourrait se résumer l'histoire de l'humanité telle que nous la narrent les livres d'histoire de l'Occident. Percer le mystère, voici aussi l'ingrédient de nombreux comptes, d'histoires d'amour, où la belle inconnue trouble à jamais l'esprit du vaillant guerrier, qui perd le repos de son âme à la quête d'un visage voilé.

Le secret violé

Souvent, le voile qui tombe révèle autant une réalité terrifiante qu'une beauté éclatante. Souvent, le dévoilement emporte la personne. Percer le mystère c'est le tuer ou en être tué. Ici, le secret s'apparente au sacré, à l'inviolable, au tabou. L'Ancien Testament conçoit que « voir Dieu » c'est mourir. Il considère ainsi Dieu comme une réalité qui fait voler en éclats les perceptions humaines et la condition humaine tout court. De même, l'histoire biblique de l'expulsion du premier couple du jardin d'Eden pose au cœur du monde et de l'existence humaine un mystère inviolable dont Dieu se fait le garant. Il y a des secrets qui ne se volent, qui ne s'obtiennent, qui ne se livrent pas. L'humain, attiré par le secret, attiré par ce qui ne lui est pas propre, par ce qui ne se donne pas à lui, se trouve confronté à une limite douloureuse. Ce qu'il désire et convoite le plus se dérobe à son emprise. Ou aussi: ce qui se dérobe à son emprise, il le désire et le convoite le plus.

Le secret accueilli

Pour la bible, pour grand nombre de religions, le rapport au mystère de l'existence et du monde en appelle à une conversion du regard et du cœur. Au lieu de se saisir du mystère, au lieu de l'arracher pour se l'approprier, au lieu de le détruire ou de se détruire, l'humain est appelé à s'arrêter dans son mouvement de

conquête, à « lâcher » prise, une expression entre temps si bien connue en psychologie ou en relaxation. Au lieu de désespérer de la « dérobade » du secret de la vie, de la « dérobade » de l'élixir de vie éternelle, de la dérobade du divin,



© Archives Ateliers Grand SA

au lieu de désespérer de ses limites, de son impuissance, de lui-même, l'être humain découvre en lui la possibilité de l'accueil, de l'ouverture, du respect, du « laisser être ». Ce qu'il ne peut dérober et s'approprier, il peut l'accueillir comme un don éphémère mais vital.

Le secret contemplé

Les grandes traditions spirituelles posent ainsi la contemplation comme façon non-violente de se relier au mystère et d'accueillir le secret. S'impregner de quelqu'un ou de quelque chose,

d'une ambiance ou d'une situation, sans en viser le contrôle ou la possession. Ici, le secret s'apparente au silence, non à un manque de mots ou d'explicitation, mais à une présence avant les mots, une présence source qui va ensuite faire naître et rendre possible des mots «sensés», habités, porteurs, des mots qui respectent et non qui violent le secret. Il s'agit d'un secret partagé, généreux, non exclusif, auxquels tous ceux qui s'arrêtent dans leur course et s'ouvrent à la contemplation peuvent avoir part.

Le secret dans la rencontre et l'accompagnement

Pour revenir au point de départ, tout ce que je viens d'évoquer comme facettes du secret, l'attitude contemplative, le passage d'une attitude possessive et revendicatrice à une attitude d'accueil respectueux notamment, a des conséquences fort concrètes dans la manière d'aborder et d'envisager des rencontres. Pour moi, le secret, ce qui n'est pas dévoilé, ce qui est à l'ombre, dans une personne, son mystère d'être qui elle est, comme elle est, avec ses chemine-ments, ses maturations, son éclosion, son silence autant que ses paroles, m'incite à un respect silencieux proche de ce que je vis dans la prière. Rien ici ne m'appartient. L'autre, fondamentalement, ne m'appartient pas. Il vit d'abord dans un mystérieux rapport à lui-même et au monde, et aussi à moi, où aucun passage ne se force, où rien ne peut être obtenu par des explications ou orientations rationalisantes et simplificatrices. Je ne saurais appliquer une théorie du «juste chemin» ou de la «bonne doctrine» par exemple à un être qui finalement m'échappe dans sa densité et son secret. Mais je peux partager son secret et partager mon secret. Je peux l'encourager à accueillir le secret non comme un lieu de dérobade mais comme un lieu source. Je peux parler de comment je me relie sans sombrer dans le désespoir de mes limites.



© Archives Atelier Grand SA

Le secret, un appel à la reconnaissance

De mon point de vue, le monde moderne, on l'aura peut-être deviné dans ce qui précède, par ses médias, par sa façon de mettre en scène l'être humain, par sa façon de le dénuder et de le rendre conforme à des images idéales mais mortes, tue le mystère en essayant de s'en emparer et, surtout, de l'instrumentaliser. Il prend la réalité limitée, ambivalente et imparfaite autant qu'incontrôlable en ennemi en essayant de la dépasser au lieu de s'y relier. Le langage technique des sciences de la formation peut faire de même. La quête du perfectionnement contrôlable peut chasser l'être profond de la personne au lieu de l'éveiller et de le renforcer. Le secret, la part inexploitable de tout être, la part qui se dérobe, est comme une trace du divin en chaque être: rien en l'autre ne m'appartient. Tout est invitation au respect, à la rencontre, à l'apprivoisement, au don partagé, à la reconnaissance.

Ira Jaillet

Pasteure- aumônière auprès des HES

la tradition dans un contexte moderne

Comment le «secret» est-il perçu de nos jours? A-t-il évolué ou est-il demeuré identique au fil du temps? De telles questions nous rapportent en somme à considérer le «secret» dans un contexte moderne.

Evolution ou stabilité

La médecine évolue en mettant en question les théories perçues comme dépassées.

Les nouvelles méthodes remplacent celles considérées comme caduques. Les «fiseurs de secrets» quant à eux doivent utiliser ce qu'ils ont reçu sans transformer le contenu et la manière de faire. Nous remarquons toutefois que des adaptations se sont élaborées au cours du temps. L'emploi du téléphone est par exemple fortement usité pour recourir au «secret». Les maladies soignées ont également évolué. Certains «secrets» ont ainsi disparu (lèpre...) et d'autres ne sont pratiquement plus utilisés (secret contre la petite vérole, secret contre la gale¹), faute probablement d'application.

Par contre, les «fiseurs de secrets» acceptent parfois d'utiliser leur don pour des problèmes jamais considérés auparavant. Les insomnies, les cancers... sont ainsi abordés par ces derniers. Ils emploient également leur pouvoir pour tranquilliser des personnes lors d'examens (permis de conduire...) ou d'opérations chirurgicales. Les «fiseurs de secrets» n'ont ainsi pas uniquement le rôle de soigner, mais également celui de conseiller, de tranquilliser ceux qui en ont besoin. Ils apparaissent comme une sorte d'ami disponible et atteignable, demeurant à l'écoute de l'autre.

Un autre aspect remarqué est le fait que les prières soient énoncées en bon français.

Le patois jurassien, utilisé encore récemment, n'apparaît pour ainsi dire plus dans les formules. Seuls quelques termes sont encore présents dans certains «secrets». Le «secret» contre les taches de rousseur témoigne de l'existence de mots provenant du patois régional: «Il faut se laver le visage avec la «distillé» de fleurs de fèves à la «picate» (pointe) du jour en disant trois fois: «Envole-toi comme s'envolent les «puvilleux» (papillons) et les «aindgeutes» (ange).» (Schindelholz, 1989: 173)

L'évolution a donc été présente au niveau même des pratiques, du langage dans tous les cas! Il n'est pas impossible que les rituels aient été également modifiés au cours des siècles.

Ces différents changements ont dû s'opérer progressivement. Ils ne sont pas conscients actuellement. Des permanences, ainsi que des interprétations ou plutôt des réinterprétations se côtoient. Le «secret» est à la fois une trace du passé, l'expression d'une permanence symbolique et un signe de la volonté d'exister (à travers ses modifications). Continuité et évolution n'ont cessé d'être liées au sein du phénomène «secret». Nous constatons bien la permanence d'une pratique qui a su s'intégrer et par conséquent se modifier pour survivre! Le «secret» n'est pas resté identique à lui-même dans un univers qui n'aurait que peu changé! Il a su au contraire s'adapter selon son propre sens. Son contenu a évolué au cours du temps. Il ne peut ainsi être défini comme spécifiquement lié à telle époque. Le contenu du «secret» s'est donc modifié, tandis que son action est demeurée pré-

¹ Secret contre la petite vérole : Boire de la tisane de bois de frêne; quand on commence à transpirer dire trois fois : «Sue, sue, comme le Bon Dieu sur la croix». La tisane de bois de buis (bouecha) à la même propriété.

Secret contre la gale : Ecraser l'écorce de «noire viene» (aulne commun) avec du vinaigre, s'en frotter deux fois par jour en faisant le signe de la croix et en disant : «Pars, pars, comme l'étoile de Noël s'est mouchée».

Ces deux exemples ont été tirés de l'ouvrage de G. Schindelholz (1989 : 172 et 174).

sente, continuant d'observer son rôle d'aider et de soigner. Le fait qu'il soit attaché à l'action plutôt qu'au contenu, explique certainement sa persistance dans le temps. L'efficacité est une garantie de sa subsistance. Bien qu'essentielle, elle n'est pourtant pas la seule composante à devoir être prise en compte ici. Le mystère, l'implantation du «secret» et son adaptation concourent également à le protéger.

Une pratique locale aujourd'hui

Avant de m'occuper du phénomène du «secret», j'avais l'impression que son usage disparaissait aujourd'hui. Au moment où j'ai commencé mon étude et recherché des «faiseurs de secrets», je me suis aperçue que la majorité des gens d'ici connaissait au moins une personne pratiquant le «secret»! Le domaine de l'étrange persiste, comme si les hommes avaient besoin de croire en quelque chose qu'ils ne puissent pénétrer véritablement. L'espoir appartient à l'univers du mystère et non à celui qui ne laisse aucun doute. Un paradoxe existe bien actuellement où d'un côté nous désirons toujours plus démontrer, expliquer et de l'autre où la population se tourne vers le monde de l'impénétrable. Il n'est pas difficile d'observer aujourd'hui un regain de nouvelles sciences (réflexologie, sophrologie, homéopathie, chiropraxie, phytothérapie...), de domaines parallèles (voyance, guérisseurs...), d'émissions parapsychologiques («Mystère»...).

Au niveau médical, il est intéressant de noter que plus nous nous dirigeons vers une médecine de pointe et plus les domaines parallèles et traditionnels se développent. Est-ce pour retrouver un niveau de confiance ou pour permettre l'espoir là où tout paraît être déterminé? La médecine, en analysant et disséquant toujours plus le corps, lui a d'une certaine manière enlevé une grande partie de son mystère. Des limites apparaissent quant à notre possibilité d'intervention sur ce dernier. Le recours à d'autres pratiques, à des médecines

différentes (médecines traditionnelles, populaires,) est actuellement toujours plus usité. Dans une société où les causes sont incessamment recherchées, le «secret» et le monde de l' inexplicable demeurent bien présents. Ils permettent de se rattacher à un «possible», à un espoir et à une autre approche de la maladie. Une vision différente ou, plutôt, des visions différentes du corps apparaissent ainsi. Les malades ne sont, il est vrai, souvent pas prêts à assumer leurs maladies (particulièrement celles qui se révéleraient graves). Le «secret» et les pratiques de guérison autre que la médecine officielle laissent un espoir par le seul fait que l'on ne sache jamais avec certitude si cela va être efficace ou non.

Le regain d'intérêt pour les médecines parallèles ou autres pratiques de guérison, distinctes de la médecine savante, a conduit à attirer l'attention sur des pratiques traditionnelles de guérison. Actuellement, de nombreux médecins et chercheurs reconnaissent un intérêt toujours plus grand aux «autres» médecines. La population est également touchée par la possibilité de recourir à des méthodes de guérison différentes de l'habituelle médecine officielle.



Dernièrement, je me suis rendue à un séminaire consacré au thème du «guérisseur».

Le jour même où j'avais constaté, dans un journal local, l'occasion de participer à une telle rencontre, je n'ai pu m'inscrire que de justesse. Il ne restait en effet plus que deux places libres. J'ai été frappée de voir à quel point le sujet avait eu du résonnant au sein de la population. Des infirmiers, des médecins, des personnes extérieures au domaine médical, de nombreux jeunes étaient présents. Les organisateurs eux-mêmes ne s'attendaient pas à un tel succès. L'un d'eux m'a expliqué que cela faisait bien longtemps qu'il n'avait pu constater une telle audience et que cela était sans doute lié au fait que l'irrationnel attirait toujours plus dans notre société technicienne. «La part du non rationnel, dans notre quotidien, nous intéresse et nous intrigue.» a-t-il ajouté.

Il semble bien que nous prenions de plus en plus conscience de l'importance des méthodes de guérison autres que celles rattachées à la

médecine savante. La coopération au travers d'une complémentarité (et non d'une réduction des médecines «autres» à la médecine officielle), est ainsi quelquefois envisagée par le monde médical. L'étude de deux infirmières (Farine et Plomb, 1993) attire l'attention sur la richesse qu'apporterait une ouverture au «secret» pour la médecine. D'autres chercheurs travaillent actuellement sur la possibilité d'une coopération entre les médecines traditionnelles, parallèles ou autres, et la médecine savante. L'univers de l'inexplicable, avec les possibilités qu'il permet encore d'espérer, intrigue et suscite un intérêt qui ne cesse de croître. Le «secret», pratique demeurée présente au cours du temps, n'échappe pas à une telle attention pour ceux qui la connaissent.

Nathalie Fleury

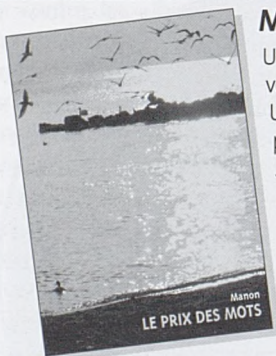
Anthropologue

Musée jurassien d'art et d'histoire

Article tiré de SOCIÉTÉ JURASSIENNE d'EMULATION, extraits des ACTES 1995. Aperçu d'une pratique de guérison: le «secret» jurassien par Nathalie Fleury. Présentation de certains points de son mémoire intitulé – Le «secret» dans le canton du Jura. Approche anthropologique d'une pratique de guérison.

EDITIONS OUVERTURE

Diffusion Ouverture, CP 13, 1052 Le Mont, Tél. 021 652 16 77, Fax 021 652 99 02, Courriel: ouverture@bluewin.ch



Manon - LE PRIX DES MOTS

Un visage fin et doux, des yeux clairs, un sourire timide, une allure décidée: voilà Manon, telle que je la rencontre en ce mois de printemps.

Une force intérieure nouvelle l'habite. Tel un bourgeon encore fragile, prometteur de fleurs, d'espérance et de vie, elle sort de l'hiver.

Je salue aujourd'hui le courage de Manon.

A 28 ans, elle a osé, elle a risqué le prix des mots pour balayer son hiver. Déterminée à mettre en lumière ce que tant d'autres gardent enfouis dans leurs jardins malmenés par la saison morte, elle a osé dire ses révoltes, ses colères, ses souffrances. Elle a osé croire aussi à une renaissance, celle du printemps de la vie qui revient!

Suzanne Schneider (extrait du liminaire)

Un livre de 96 pages au format A5. Photos couleurs de Michel Perrenoud.

Souscription jusqu'au 30 juin 2006: Fr. 20.- / après Fr. 25.- HT – Forfait unique par expédition quel que soit le nombre d'exemplaires commandés: Fr. 6.-.

remèdes secrets

que cachait-ils? en trouve-t-on encore aujourd'hui?

En feuilletant dernièrement un ouvrage pharmaceutique, dont la première édition date du milieu du dix-neuvième siècle, j'ai eu l'agréable impression de me retrouver dans une ancre d'alchimiste.

Ce sentiment n'est pas loin de ce que peut susciter en nous la visite d'un laboratoire de biotechnologie actuel. Les deux types de médicaments qui émanent de ces lieux peuvent nous apparaître entourés de secrets, mystérieux, porteurs d'espoirs et de craintes.

Examinons les différents aspects du secret qui entourent ces fameux remèdes du passé et en quoi il consiste aujourd'hui.

Le secret du savoir

Dieu nous a offert, à portée de main, dans la nature, la base de la plupart des médicaments que nous utilisons aujourd'hui. Ce sont tant de merveilles qui sont étonnamment si proches et pourtant que ne peuvent utiliser que ceux qui ont appris à connaître certains de leurs secrets. Les ethnopharmacologues percent petit à petit, avec passion, les mystères de la médecine traditionnelle des différents pays. Mais il reste encore beaucoup de questions ce qui ne nous empêche heureusement pas de les utiliser! Ainsi la Valériane nous endort depuis des siècles sans que nous ayons encore trouvé par lequel de ses multiples composants chimiques.

Le secret de composition

Mais qu'y avait-il dans ces potions moyenâgeuses appelées thériacales? (l'Elixir suédois, encore souvent demandé, en est une réminiscence) de la bave de carpeau? Oui parfois. Mais

ne rigolons pas trop vite car ces animaux sont actuellement sous haute investigation à la recherche de nouvelles molécules. Dans le même genre on trouve aussi par exemple des gélules à base de cartilage de requin dans le Compendium Suisse et du sirop à base de limace officiellement enregistré en France. On a longtemps pas su ce que contenait tel «Elixir merveilleux», «Baume Saint-Odile» ou «liniment du Dr Bourget». La déclaration de la composition sur l'emballage d'une préparation propre à une pharmacie (ou «spécialité de comptoir») n'a en effet été rendue obligatoire en Suisse qu'en 1908.

Mais enlève-t-il beaucoup au secret? Il faut admettre que lorsque aujourd'hui le médecin inscrit une formule de préparation pharmaceutique en latin (comme c'est de règle) sur une ordonnance, cela n'apporte pas grand éclairage à tout à chacun. Et le mystère qui entoure la composition reste encore souvent dans notre esprit synonyme d'efficacité.

Le secret de fabrication

Les remèdes du passé contenaient souvent de multiples composants naturels, dont souvent seulement certains étaient réellement efficaces. Une même plante peut d'ailleurs contenir certains composés toxiques à côté de propriétés fort utiles. On ne sait pas combien d'hépatites ont suivi les traitements pourtant efficaces à base de Pétasite! La découverte de procédés d'extraction des substances actives (cf. alambics) et plus tard de procédés de transformations chimiques ont fait l'exclusivité et permis le développement de plus d'un laboratoire. Vous vous rappelez sans doute de l'histoire de l'Aspirine qui fait tellement moins mal à l'estomac que l'écorce de Saule.

Et c'est là qu'on trouve le domaine du médicament où le secret existe bel et bien: les procédés de fabrication et en particulier la science de la galénique (la mise en forme médicamenteuse du principe actif, par ex. émulsion, comprimés, implant). Les adjuvants utilisés ne doivent pas obligatoirement être déclarés dans la formule et de toute façon pas dans leurs quantités.

Donc impossible de copier! Il faut passer par une mise au point qui nécessite de nombreux essais et tout un savoir-faire, ceci tant en officine que dans l'industrie. De ce travail, souvent inconnu du public, dépendent cependant le transport optimal du principe actif à son site d'action, plus basiquement, la possibilité ou non de mettre à la disposition du public telle nouvelle molécule (par ex stabilité, solubilité) et la fabrication de produits faciles d'utilisation dans la pratique. Des formes technologiquement compliquées, à libération prolongée ou retardée ont permis des progrès thérapeutiques notoires aussi au niveau de la tolérance et sont généralement brevetés. Et le patient sait bien nous dire, aussi étonnant que cela paraisse combien telle mousse rectale a une efficacité incomparablement supérieure aux autres lavements ou pommades de même composition en principe actif.

Le secret du choix thérapeutique

Lorsque l'on déclare à une de ses connaissances qu'on a trouvé LE remède-secret, cela signifie généralement que c'est exactement celui qui nous convient et qu'il a été difficile à trouver. Le secret d'un traitement réussi relève ainsi de la difficile conjonction d'un diagnostic précis avec le choix judicieux d'un médicament. La palette d'agents thérapeutiques à disposition du médecin s'est considérablement élargie et affinée. On l'a aussi élaguée des intrus néfastes, de ceux qui semblaient dépassés ou peu rentables. Quand les médicaments modernes clas-

siques ne donnent pas les résultats satisfaisants il n'est pas si rare de voir des prescripteurs ressortir de vieux trésors. Ainsi on délivre encore le Laudanum, la teinture d'opium safranée, pour venir à bout spectaculairement de certaines diarrhées récalcitrantes. On trouvera donc parfois une solution médicamenteuse pour un patient en ayant recours à un médicament peu courant, difficilement trouvable ou dans une de ses indications non- (encore?) officiellement reconnues., sans manquer d'en évaluer le risque. Car c'est là où l'horizon de la médecine scientifique est bouchée que fleurissent régulièrement de dangereux nouveaux «remèdes secrets»: contre les cancers, rhumatismes, le vieillissement... Ne manquons pas alors de chercher à éclaircir ces secrets là où cela est possible ou du moins à les examiner aussi scrupuleusement que s'ils n'éveillaient pas en nous la fascination de ce qui est encore à découvrir!

Carine Golaz

Pharmacienne. Pharmacie Internationale. Lausanne



© Lisa Cunningham

GRUYÈRE faiseurs de secrets

monde mystérieux de guérison

«Mon enfant s'était brûlé aux mains. J'ai appelé quelqu'un qui faisait le secret et il s'est arrêté de pleurer. Aujourd'hui, il n'a aucune cicatrice.» En Gruyère, quasiment chaque famille possède son histoire de guérison. La pratique du secret est connue, utilisée, mais intrigue. Tour d'horizon avec quelques faiseurs de secret qui ont accepté, sans se dévoiler, d'aborder leur pratique.

Bien rares sont ceux, en Gruyère, qui n'ont jamais eu affaire, eu recours ou simplement entendu parler de la pratique des secrets. Les plus répandus sont celui du sang – qui arrête les hémorragies – et celui du feu – qui guérit les brûlures. Les autres secrets, couramment utilisés, soignent l'eczéma, les entorses, les verrues, les coliques, les dartres, les migraines et les maux de dents. Mais ce secret, quel est-il? S'agit-il d'un pouvoir reçu? Est-ce de la magie? De la sorcellerie? Existe-t-il plus de faiseurs de secret en Gruyère que dans d'autres régions? Et pourquoi cette tradition perdure-t-elle, à l'heure des scanners et de la technologie? Autant de questions qui en amènent d'autres.

De l'aveu de la quasi-totalité des faiseurs de secret interrogés – qui ont tous préféré rester anonymes, car ils sont déjà énormément sollicités – c'est la prière qui provoque la guérison. Le secret est d'essence religieuse. «La formule est basée sur la religion catholique et elle fait appel aux saints guérisseurs. Les martyrs en particulier», indique Madame V., qui possède le secret du feu.

La foi en Dieu serait donc une condition indispensable pour pratiquer le secret. «Le mécréant ne pourra pas guérir je pense, explique Monsieur

Secret et médecine

La pratique du secret est importante en Gruyère, ainsi que dans le Jura et le Valais. Quand la campagne se couvrait de neige, certains endroits reculés devenaient inaccessibles. Recourir au médecin était quasiment impossible. Les gens faisaient dès lors appel aux guérisseurs et faiseurs de secret du village. Mais malgré les progrès de la médecine, cette mystérieuse tradition perdure. Plus étonnant, les médecins eux-mêmes s'adressent parfois aux faiseurs de secret. «L'hôpital de Riaz a mon numéro, indique Monsieur M. Ils m'ont déjà appelé plusieurs fois pour soulager quelqu'un qui s'était brûlé.» Monsieur R., vétérinaire, affirme lui aussi être contacté par les médecins: «Le personnel hospitalier m'appelle dans les cas d'hémorragie «en plaque». Si une artère a été sectionnée, on peut la clamber. Mais lors de saignements sur de grandes surfaces, ce qui est parfois le cas chez les gens atteints de tumeurs, les médecins sont démunis.» Aucun médecin de l'hôpital de Riaz n'a toutefois accepté d'en parler. Cependant, l'existence de la liste de faiseurs de secret que possède le CHUV est connue.

Le Dr Mauron, à Broc, avoue avoir parfois envoyé quelqu'un chez un rebouteux (un rhabilleur, qui dénoue les nœuds en manipulant ou en massant le corps), mais n'avoir jamais eu recours à un faiseur de secret. «Mais cela me plaît bien que cette tradition un peu mystérieuse ait sa place en Gruyère! Tout ce qui peut faire du bien aux gens est de toutes les manières bon à prendre.» En médecin cartésien, il ne nie ni n'affirme que les secrets fonctionnent. «Le psychisme est important. Et dans la mesure où les gens croient qu'ils vont guérir, ils vont effectivement mieux guérir que les incrédules.»

M. (feu et sang). Car il faut absolument croire en ce qu'on dit! Si effectivement la formule est d'essence religieuse, il n'est pas nécessaire, selon

Monsieur J. (feu, sang et entorses, entre autres) et Mademoiselle P. (feu, sang, eczéma), d'être catholique et de croire en Dieu tel que la chrétienté le conçoit.

Aimer pour guérir

Pour ces deux faiseurs de secret, l'essentiel est l'élan du cœur. «Il appartient à tous de guérir ainsi, dit Monsieur J. Chaque être qui a la capacité d'aimer a la capacité de guérir. Je suis persuadé que, avec d'autres mots, dans une autre langue, un autre pays, ça fonctionne aussi. Car c'est une manifestation de la vie.» Et Mademoiselle P. d'ajouter: «Nous sommes tous faits de la même matière et nous venons tous de la même source. Vous, les étoiles, ou moi. C'est ce lien que je privilégie quand quelqu'un fait appel à moi pour être soulagé.»

Il est possible dès lors d'imaginer que les faiseurs de secret ont un fluide ou un magnétisme particulier. Mais comme aucun contact physique n'est nécessaire, la chose n'est pas certaine. En effet, le secret se fait souvent par téléphone et à grande distance. «On m'a appelé de Belgique il y a peu, raconte Monsieur M., pour quelqu'un qui saignait encore beaucoup après s'être fait opérer. J'ai fait le secret et ça s'est arrêté.»

Aucune transmission de magnétisme non plus lors de la passation d'un secret. «J'ai dû écrire sur un papier la formule qu'on me dictait», dit Monsieur R. (sang, verrues). Pour Madame V., la transmission fut un peu différente: «La personne qui m'a transmis le secret m'a donné un papier où était inscrite la formule. J'ai dû l'apprendre par cœur et jeter le papier.» A en croire la majorité des personnes questionnées, certaines règles devraient être respectées, comme donner le secret à une personne plus jeune que soi. L'avis de Monsieur J. et de Mademoiselle P. est contraire. Chacun a transmis plusieurs fois ses secrets, indépendamment de l'âge ou de la foi des personnes. Et que dire de l'influence avérée du secret sur les bébés et les animaux? L'effet placebo est ici mis en doute.

Le mystère reste donc entier. Les faiseurs de secret eux-mêmes ne peuvent et ne veulent l'expliquer. «Ce qui est sûr, confie Monsieur J., c'est que je ne suis pas un élu. Je ne suis ni meilleur, ni moins bon qu'un autre. Et pourquoi chercher à décortiquer ce phénomène? Je crois qu'il faut simplement accepter qu'il y ait d'autres réalités, inaccessibles aux êtres humains que nous sommes.» Et de citer Hervé Bazin: «Il faut se résigner à n'avoir qu'une pensée d'homme, à mesurer l'univers par ce millimètre.»

Priska Rauber

08 novembre 2005

Article tiré du Journal La Gruyère

<http://www.lagruyere.ch>

Chasse aux sorcières

Les secrets s'inscrivent en Gruyère dans une longue tradition. Comme il s'agit d'une tradition orale, ses origines restent inconnues. Selon Magali Jenny – qui a écrit son mémoire de licence sur les guérisseurs, faiseurs de secret et rebouteux dans le canton de Fribourg – diverses théories existent: les secrets viendraient des druides. Les formules auraient été réadaptées en lien avec la religion catholique, pour qu'elles ne disparaissent pas avec l'Inquisition. Les premières sources écrites remontent au Moyen Âge, dans les comptes rendus des procès de sorcellerie. Des descriptions de médicaments et de formules magiques utilisés par les accusés sont souvent mentionnées.

La Gruyère n'échappa pas à la chasse aux sorcières. L'auteure du mémoire cite une lettre écrite par le vicaire Schneuwly au sénat de Fribourg en 1507: «La campagne fourmille de magiciens, de devins et d'hommes qui ont fait un pacte avec le diable. C'est de la sorcellerie. Enjoignez aux baillifs par un décret formel de faire venir en ville quiconque est soupçonné de ce crime, pour y être examiné par des gens d'Eglise.» Un grand nombre de faiseurs de secret furent condamnés et exécutés entre le XVI^e et le XVIII^e siècle. «Même s'ils révélaient presque toujours leurs secrets, faits de prières et d'invocations aux saints catholiques, les autorités continuaient à n'y voir que de la sorcellerie», écrit Magali Jenny.

secrets de famille faut-il tout dire?

Il y a le suicide du grand-père que l'on maquille en accident pour préserver la légende familiale. La double vie que l'on découvre au bord de la tombe, la cousine qui se révèle être la demi-sœur.

Beaucoup de familles ont un secret, tissé au fil des ans, pour de bonnes ou de mauvaises raisons. Mais les mensonges entassés sont parfois plus toxiques que le choc d'une révélation scandaleuse. C'est en tout cas ce qu'ont toujours défendu les psychanalystes. Aujourd'hui, pourtant, alors que plus grand-chose ne fait vraiment scandale et que l'on se dit tout jusqu'à l'exhibitionnisme, certains praticiens s'insurgent contre le dogme de la transparence. Il y a, préviennent-ils, des réalités assénées qui font parfois plus de mal qu'un joli secret bien emballé. Garder un secret de famille est une tâche épuisante. Le dévoiler, une entreprise périlleuse.

Elle prévient tout de suite : son mari ne sait vraiment rien, son fils non plus. « Je n'en ai parlé qu'à une amie et à mon médecin. » Elle souffle : « Avec vous, cela fait trois. » Trois confidentes en trente ans, ce n'est rien. Et c'est déjà trop. Trop de fuites, trop de défaillances. Elise* abrite une si « grande honte », dit-elle, un secret si indigeste qu'en le brisant elle risque de pulvériser une enfilade de destins : le sien, celui de ses frères et de ses neveux. Mieux vaut les épargner. Alors Elise muselle ses journées, puis bâillonne ses nuits. Une vie à mentir, c'est épuisant et ça rend méfiant. On lui garantit l'anonymat, elle double ses exigences : « Laissez-moi le temps de réfléchir. Et ne m'appellez jamais à mon domicile ! » Deux jours plus tard, elle réapparaît. Prête à lâcher sa vérité.

Sa confession, cadennassée au fil des années, étouffée au nom de la loyauté filiale, rugit avec toute la violence du ressort trop longtemps comprimé : « Mon père était un pédophile, un pervers sexuel, un voleur, et j'en passe. » A 14 ans, Elise l'apprend de la bouche de sa mère. Elle jure, à l'époque, de ne rien répéter à ses frères et sœurs. Ni à la police. Dans les années 1970, on ne parle pas encore de pédophilie. Dans ces années-là, on ne parle de rien quand on est un enfant. Jusqu'à la mort du patriarche, cet ex de la marine aux mœurs insoupçonnables, qui aimait attirer les petits garçons dans les parcs, Elise joue les filles modèles : elle s'occupe de son enterrement de A à Z, allant jusqu'à fermer le cercueil elle-même. Le trahir de son vivant, elle n'a pas osé. Echarper son souvenir, c'est pire. Elise veut aujourd'hui protéger son fils de 16 ans, qui adorait son grand-père. « Je lui ai appris tout jeune qu'aucun homme ne devait le toucher, pour quelque raison que ce soit, raconte-t-elle. Il ne garde que des bons souvenirs de son papy, et je refuse de les lui gâcher. Donc, il ne saura rien, ni aujourd'hui ni jamais. » Dire ou ne pas dire ? Voilà un débat vertigineux que l'on croyait réglé depuis longtemps, tranché une fois pour toutes par les psys, Françoise Dolto en tête, défenseurs de la levée du secret de famille, exterminateurs des cachotteries radioactives en tout genre – les filiations honteuses, les drames conjugaux, les revers de



© Archives Atelier Grand SA

fortune, bref, toutes ces tares qui éclaboussent l'image idéale qu'un clan cherche à se forger. Cet hymne à la vérité à tout prix a galopé durant les années 1990, appuyé par le violent et magistral Festen, le film culte du Danois Thomas Vinterberg, qui montre la révélation d'un inceste en plein repas de famille, et relayé par le best-seller du psychanalyste Serge Tisseron Les Secrets de famille, mode d'emploi (Ramsay), qui explique à quel point le calfeutrage maladroit des cicatrices familiales s'avère pathogène. Il provoque des angoisses, des échecs à répétition, des troubles de l'apprentissage, à la fois chez son instigateur et chez sa victime. Donc, oui, la vérité était de toute façon moins nocive que le secret, répétait-on. Oui, les enfants avaient le droit de tout savoir.

On ne cache plus désormais aux petits leur adoption, pas plus que leur naissance par fécondation in vitro (FIV) – c'est l'une des révélations de la passionnante enquête lancée par le Pr François Olivennes, responsable de l'unité de médecine de la reproduction à l'hôpital Cochin, à Paris, dont L'Express livre les conclusions en exclusivité. On n'hésite plus à rendre publics les antécédents psychiatriques de la grand-mère ni les frasques de l'oncle Jean qui a engrossé la fille du notaire. Une overdose de franchise qui affole, ces temps-ci, bon nombre de psys. «La quête des origines et de la vérité est devenue si forte qu'il faut à présent défendre le droit de chacun à l'intimité, plaide la psychanalyste Sophie Marinopoulos, qui a publié Moïse, Œdipe, Superman, de l'abandon à l'adoption [Fayard]. J'ai assisté à des passages à l'acte aberrants, j'ai vu des médecins, et des instituteurs, divulguer eux-mêmes des naissances par FIV, ou des adoptions, parce que les parents ne se sentaient pas capables d'en parler à leurs enfants. Ces révélations forcées, volées, peuvent avoir un effet traumatique!»

A l'heure où la télé-réalité et le culte de la transparence déballet la vie privée des Français sur la place publique, les psys sont de plus en plus nombreux à tenter de rétablir les bienfaits du



© Archives-Atelier Grand SA

silence – une apologie de la discrétion lancée par le célèbre pédopsychiatre marseillais Marcel Rufo. Et si le secret avait du bon ? Et si toute vérité n'était pas bonne à dire ? «Je ne vois pas l'intérêt de raconter à un gamin que sa mère était une prostituée ou que son père se droguait, renchérit le Pr Daniel Marcelli, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital de Poitiers. Le secret n'est pas toxique en soi, il le devient si c'est un secret de Polichinelle, exhibé par le voisin, la crémière, les amis. Mais s'il est bien gardé, seulement par une ou deux personnes, il peut protéger. Il est devenu tout aussi pathogène de tout dire que de se taire.»

Mieux vaut parfois édulcorer la réalité, trafiquer des chronologies, poétiser le roman familial, afin de rendre plus douce la vie de ses proches, tel est le propos de deux jolis films, qui collent à l'époque – Good Bye Lenin, du réalisateur allemand Wolfgang Becker, et Depuis qu'Otar est parti, de Julie Bertucelli – deux succès de l'année 2003. Une indulgence pour le mensonge qui a de quoi faire bondir, dans la réalité, les nés-sous-X, les enfants adultérins, les adoptés, bref, tous les otages d'un passé confisqué. C'est pour eux une souffrance permanente, une mutilation destructrice, d'être privés de leur propre histoire. Prison-

niers d'une affabulation orchestrée par d'autres - leur père, leur mère, parfois tout un clan - ils se sentent manipulés, rongés de l'intérieur, et surtout trahis. Tout le monde sait, sauf eux: une omerta familiale qui fait des ravages.

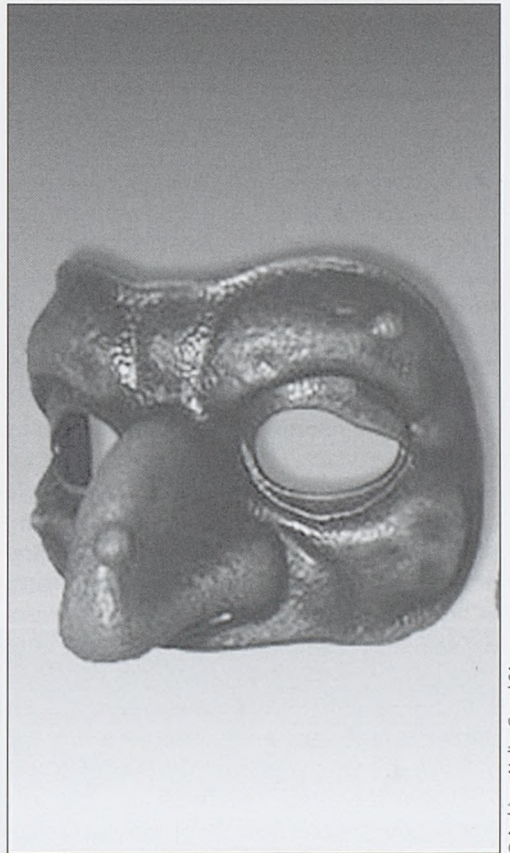
L'histoire de Sylvie, 36 ans, repose au fond d'une malle, remplie de vieux papiers et de photos d'un inconnu: son père. Un trésor à sa portée, mais intouchable. Elle n'est censée entrer en sa possession qu'à la mort de sa mère, qui conserve jalousement l'identité de son ancien mari. Pourquoi ne s'est-il jamais manifesté? L'a-t-il seulement désirée? «Si je savais, soupire Sylvie, je pourrais enfin finir de me construire.» Mais la date de péremption d'un secret est rarement fixée. Il éclate par hasard, à l'occasion d'un deuil, d'une gaffe ou d'un mariage. «Il plane comme une menace implicite qui complique les relations et empêche de s'épanouir, explique Barbara Couvert, psychothérapeute, qui s'est plongée Au cœur du secret de famille [Desclée de Brouwer]. Le secret est, au départ, un moyen de se protéger, soi ou sa famille, de la honte, de l'opprobre, de la souffrance et de l'exclusion sociale.»

«La quête de la vérité est si forte qu'il faut à présent défendre le droit à l'intimité»

Ce n'est jamais par plaisir ou par volonté de nuire que l'on se mure dans la loi du silence, mais parce qu'on est persuadé qu'on ne peut pas faire autrement. Il y a des faits dont on se sent coupable, il y a ceux que l'on tronque en croyant bien faire, dans le souci de ne pas blesser ceux qu'on aime. Le secret devient destructeur quand le gardien en devient le prisonnier. Ce qui n'était au départ qu'une lâcheté passagère tourne à l'imposture à perpétuité. On guette le bon moment pour s'en délivrer, il ne vient jamais. On se fabrique de la perfection et on s'y enlise. «Le secret touche tous les milieux, les ruraux, les bourgeois, ceux pour qui le regard des autres et le jugement de la

société sont terrifiants, relève l'écrivain François Vigouroux, ancien psychanalyste, qui traque depuis vingt ans les secrets de famille. Dans les petits villages, jusqu'à une époque récente, afficher un fils illégitime, un grand-père en prison, un père déserteur, c'était une chose épouvantable!»

Depuis le milieu du XIX^e siècle, le secret s'est toujours cantonné dans les domaines classiques de la respectabilité: les aventures extraconjugales, les enfants hors mariage, les avortements, les années au bagne, etc. L'une des pires hontes, dans les années 1950, était d'être une fille-mère. A 17 ans, Michèle a cru que son bébé était mort.



© Archives Atelier Grand SA

Le médecin de la maternité le lui a annoncé à son réveil. « De retour à la maison, les mains vides, ma mère m'a déclaré: oublions ce qui s'est passé et n'en parlons plus. » Michèle n'a jamais pu. Et n'a jamais su, par la suite, câliner ses cinq autres enfants. Jusqu'au jour où, quarante-trois ans plus tard, elle a découvert que son fils était vivant, grâce à une assistante sociale de la mairie de la ville où elle avait accouché. Né sous X, son enfant, l'encombrant fruit du péché, avait été adopté. « Le ciel m'est tombé sur la tête! se lamente Michèle. Ma mère m'a privée de mon fils par peur du qu'en-dira-t-on, afin d'effacer ce qui devait être, pour elle, une erreur d'éducation. Elle a emporté son secret dans sa tombe. J'ai retrouvé mon fils, mais rien ne peut remplacer ces années perdues. Un complot de famille brise des existences et laisse des cicatrices qui font mal toute une vie. »

Si l'évolution des mœurs et l'explosion des familles recomposées ont rendu caducs ce genre d'ostracismes, de nouveaux petits arrangements avec les maux sont venus remplacer les anciens: le sida, la prison ou l'homosexualité. Quatre ans à inventer des week-ends qui n'existaient pas, à simuler une vie de couple, Alice, par exemple, s'est entêtée, avant de révéler que le père de sa fille l'avait quittée pour vivre avec un autre homme. « Je voulais protéger mes parents, confie-t-elle. Mais c'est à moi que je faisais du mal! » Avec les aléas de la vie professionnelle, le chômage fait aussi partie de ces nouveaux secrets de famille. On préfère tricher sur son emploi du temps que d'avouer son licenciement. « Chez les hommes surtout, la perte d'un emploi est vécue comme une trahison, un coup de canif dans le contrat conjugal: on ne peut plus tenir son rôle », raconte Ginette Lespine, psychologue, qui décrypte très bien cette honte dans l'ouvrage *Surmonter le chômage en famille* (Albin Michel). Elle suit en consultation ces pères qui s'inventent une carrière à la hauteur de l'image qu'ils souhaitent projeter à leurs enfants: comme ce

brillant biologiste qui fit croire durant trois mois à ses deux adolescents qu'il multipliait les voyages professionnels, alors qu'en fait il cherchait du travail dans toute la France.

« Le secret agit comme un fantôme: tant qu'on ne lui donne pas une place, il ne cesse de nous hanter »

Mais les victimes d'un complot de famille ne sont pas dupes. Même tu, le secret parle, il « suite », pour reprendre l'expression du psychanalyste Serge Tisseron. Les gestes, les lapsus, les phrases interrompues trahissent ce qu'on veut camoufler. « Plus le verrouillage se veut solide et définitif, précise Corinne Daubigny, philosophe et psychanalyste, plus le secret se diffuse par transmissions inconscientes. » Plus l'enfant, qui imagine le pire, se sent responsable de ce malaise latent. A l'âge de 8 ans, Marie Binet a tout imaginé en surprenant sa mère en train de cacher une pochette derrière un meuble. Prise sur le fait, la conspiratrice s'est défendue: « N'y touche pas, c'est ma vie privée. » Bien plus tard, l'année de sa mort, la pochette était toujours en place: « Comme si elle m'attendait. » bercée par des contes de fées, Marie avait toujours cru que sa mère était l'héritière d'une princesse hongroise et que cette femme si séduisante avait vécu aux Etats-Unis. « C'est ce qu'elle nous racontait lorsque nous étions enfants, confie Marie. Elle riait. Elle virevoltait. On ouvrait grand nos oreilles, on était comme au théâtre. » La pièce s'est arrêtée le jour où Marie a ouvert la pochette. Sa mère avait bien des ancêtres, mais ils étaient... noirs et venaient de Martinique. Peau claire, cheveux bouclés, elle avait « franchi la ligne », et s'était faite passer pour blanche. « Je me sens aujourd'hui colorée avec deux grands-parents métis, et j'ai enfin trouvé des visages, ceux de mes cousins, qui me ressemblent », raconte Marie, qui a enfin compris pourquoi sa mère se cachait du soleil et avait si peur que sa

peau ne brunisse. «Je me suis surtout réconciliée avec cette femme qui avait fui les préjugés et la ségrégation.» De ce voyage identitaire qui l'a menée jusqu'en Martinique, elle a réalisé un poignant documentaire, primé et joliment nommé: *Noir comment?*

Des 39 carnets de cuir bleu, rouge, ou vert laissés par sa mère dans une boîte à chaussures, Laurence de Cambronne, journaliste à Elle, a aussi rendu un bel hommage filial, publié ces jours-ci: *Les Petits Agendas rouges* (Plon). Depuis ses 18 ans, sa mère, une jeune fille de bonne famille, notait ses pensées intimes. Sa fille a découvert que cette épouse modèle avait été autrefois amoureuse d'un homme marié, bref, qu'elle fut une femme, moderne et passionnée.

Explorer les pistes, interroger ses proches, s'offrir les clefs d'une saga familiale: jamais on ne s'est tant accroché à ses racines. A l'heure où l'on est éjectable, au travail, en couple, c'est rassurant de s'accrocher à une lignée. Plus de 1 million de Français pratiquent maintenant la généalogie, longtemps cataloguée comme une science poussièreuse – au point que les éditions Autrement lui consacrent une collection, à partir du 16 avril, destinée à apprendre à classer les papiers de famille, dépouiller les archives des notaires et débûsquer des aïeux à la Bastille ou aux galères.

«En nous en libérant, nous pouvons enfin vivre notre vie, et non celle de nos parents»

Quand Claire, 23 ans, réclamait des détails à sa grand-mère, celle-ci fuyait: «Je suis fille unique et ma mère était alcoolique.» Dans cette famille, justement férue de généalogie, on doutait, on fouinait, on enquêtait, jusqu'à entendre cet homme au téléphone: «Oui, c'est ma sœur, et ça fait des années que je la cherche!» Aînée d'une famille pauvre, leur «mamie» avait déguerpi, à l'âge de 20 ans, pour se marier avec leur grand-père, officier, et mener la grande vie. Les retrouvailles ont été organisées soixante-dix ans plus tard. Son frère pleurait de joie. Elle? Pas une larme, pas une question. «Cette révélation a cassé le mythe; nous nous sommes aperçus que notre grand-mère, qu'on connaissait généreuse et très pieuse, pouvait avoir un cœur de pierre avec ses propres parents», raconte Claire, qui pourtant ne regrette rien. «J'ai rencontré des cousins, des tantes, des oncles, c'était du bonheur, dit-elle. Même si elle ne l'a jamais avoué, mamie voulait savoir ce que sa famille était devenue. Cette découverte a engendré beaucoup de tensions et de disputes.»

A la révélation d'un secret, c'est une famille qui se scinde, un clan qui se disloque: d'un côté, ceux qui veulent savoir; de l'autre, ceux qui refusent de remuer le passé. Les empêcheurs de tromper en rond se heurtent souvent à un concert de résistances. Pour eux, qu'importe si la vérité est infamante, si l'honneur du clan est en péril, ils préfèrent savoir. C'est un soulagement, une délivrance. «Le secret agit comme un fantôme: tant qu'on ne lui donne pas une place, il ne cesse de nous hanter», raconte la psychologue Gene



Ricaud-François, auteur de *Libérez-vous de votre passé* (Presses du Châtelet). C'est la fameuse loyauté invisible envers ses ancêtres, avec le «syndrome d'anniversaire» dont parle Anne Ancelin Schützenberger, psychanalyste, qui a publié le best-seller *Aïe, mes aïeux!* (Desclée de Brouwer). En clair, on «choisit» inconsciemment de répéter les histoires tragiques de ses ancêtres, celles dont on n'a pu parler ou faire le deuil: «D'une génération à l'autre, les mêmes événements se reproduisent: avortement, enfant mort-né, adultère, abus sexuels, etc., explique-t-elle. Ces liens complexes peuvent être sentis, mais, généralement, on n'en parle pas. En nous en libérant, nous pouvons enfin vivre notre vie, et non celle de nos parents, de nos grands-parents ou d'un frère décédé, par exemple, que nous «remplaçons» à notre insu.»

Mais ce n'est pas toujours facile d'endosser, du jour au lendemain, sa nouvelle identité. A 14 ans, Patricia a découvert que son père n'était pas ce père divorcé qu'elle voyait un week-end sur deux et qu'en fait son géniteur était son beau-père, le mari actuel de sa mère. Une révolution complète: son demi-frère devenait son vrai frère, son demi-frère et sa demi-sœur du côté paternel, plus rien du tout. «Je n'étais plus un enfant du divorce, raconte-t-elle. J'étais un enfant de l'amour. Ça m'a fait du bien de savoir que mes deux parents étaient encore ensemble. J'avais enfin ma place.»

« L'enfant ne peut tolérer les mêmes charges émotionnelles que les adultes »

C'est en apportant son acte «intégral» de naissance chez le notaire, avant de s'acheter une maison dans la région toulousaine, que Michel Delouche, Patrice de son vrai prénom, a lui découvert, à 50 ans, qu'il était adopté. «Je suis devenu livide», se souvient-il. Doit-il ses yeux bleus à son père? Ses cheveux blonds à sa mère?

Depuis cinq ans, il cherche désespérément sa génitrice, qui a accouché sous X en 1947, à l'hôtel-Dieu de Poitiers. «On l'appelait Léone», insiste-t-il. Il ne veut pas la juger, dit-il, mais recomposer le puzzle de son passé: «J'ai déjà compris pourquoi mes parents adoptifs me tenaient à l'écart des repas de famille. Tout le monde savait, sauf moi. J'étais le dindon de la farce.»

Entre le grand déballage public et les secrets irréversibles, entre tout dire ou ne rien dire, il y a un juste milieu, un tempo de la vérité. Bon nombre de pys s'accordent finalement sur ce point: la vérité doit moins se révéler que se dévoiler au fur et à mesure qu'elle est demandée, d'abord par l'enfant, puis l'ado, et enfin l'adulte. En clair, on a intérêt à expliquer les choses de façon progressive, avec un langage approprié. «Trop de transparence est déjà néfaste entre adultes, précise la psychanalyste Corinne Daubigny. L'enfant ne peut tolérer les mêmes charges émotionnelles que les adultes: trop de douleurs, d'excitations, de jouissance lui volent son enfance ou la brisent.» Mieux vaut lui expliquer, par exemple, que son grand-père, retrouvé pendu, est sans doute «plus heureux maintenant»... Plus tard, on lui parlera de suicide. Bref, on ne doit rien révéler de



but en blanc. «C'est mieux que les choses soient sues, mais pas n'importe comment et par n'importe qui, prévient la thérapeute Martine Quesnoy-Moreau, auteur de *Secrets intimes, secrets de famille?* [Chronique sociale]. Sinon, la vérité peut faire l'effet d'une bombe.»

Le père de Christine, 44 ans, avait deux femmes dans sa vie: son épouse, et la sœur de celle-ci. Et des enfants avec chacune. Une tache sur le blason de cette famille de la bourgeoisie lyonnaise: il y eut un conseil de guerre, on décida de ne rien dire. Christine l'a appris il y a neuf ans: sa cousine est donc sa demi-sœur. Tout s'est éclairé. A 8 ans, elle avait vécu le pire Noël de sa vie, sans savoir pourquoi. Elle revoit sa mère en larmes, plantée devant le sapin. Elle venait de recevoir un sac à main. Les années suivantes, chaque Noël fut une torture pour la gamine, qui cherchait le cadeau qui ne ferait pas sangloter sa mère. Elle sait à présent que son père a offert, ce jour-là, le même sac en cuir à ses deux femmes. «C'était un jeu pervers et j'en étais la spectatrice», soupire Christine. Il lui a fallu sept ans de psychothérapie pour digérer le choc: «On s'organise autour de lui, on fait en sorte qu'il ne vous aliène plus, assure-t-elle, mais on n'oublie jamais un secret de famille.»

Marie Huret, Natacha Czerwinski

Article tiré de L'Express du 12/04/2004
<http://www.lexpress.fr>

Post-scriptum

Plus de 400 000 enfants nés sous X en France sont à la recherche de leurs origines. Un droit à la vérité revendiqué auprès du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (Cnaop), créé en 2002. Sur les 1 044 dossiers enregistrés, plus de 200 ont été bouclés: 126 demandeurs se sont heurtés à un refus de leur génitrice de lever le secret, ou à un dossier vide. Et seules 98 personnes ont décroché l'identité de leur mère.

In vitro veritas

Une enquête inédite montre des parents très décidés à dire la vérité aux enfants de l'éprouvette.

Souhaitez-vous dire à votre enfant comment il a été conçu? Si oui, à quel âge? Votre entourage est-il au courant? Dans une enquête inédite*, quelque 540 couples, suivis pour une fécondation in vitro (FIV) intraconjugale – sans donneur extérieur – ont répondu à 70 questions sur l'impact du secret. Dès le début de leur grossesse, 73,5% des femmes ont l'intention de dire la vérité à leur enfant, contre 69,5% des hommes. Entre l'âge de 4 et 7 ans pour la majorité. Leur entourage est au courant de leur démarche: la famille (93,7% des cas), les collègues et les amis (89,8%). «C'est frappant de voir combien les couples sont préoccupés par ce dilemme: dire ou ne pas dire, relève François Olivennes. La plupart préfèrent tout dire: pour 95% des femmes, il est impossible de garder le secret toute leur vie.»

Au début des années 1980, les équipes médicales en France penchaient plutôt pour la discrétion. Plus de 10 000 bébés naissent chaque année par FIV, et le discours a changé. «Il n'y a plus ce côté apprenti sorcier qui gênait les parents, relève Sylvie Tiné-Brissiau, psychologue spécialisée dans le suivi de ces couples. Mieux vaut parler de la FIV à son enfant. Il n'y a pas pire qu'une révélation brutale à 10 ans, par un oncle, entre la poire et le fromage! Ce qui aurait été un non-événement s'il l'avait appris par ses parents est alors vécu comme une trahison.» Pour la majorité des femmes (58,3%), le fait que tout le monde sache la vérité sauf l'enfant risque de lui causer un trouble psychologique. Enfin, interrogés sur les secrets de famille, 18,6% des femmes et 12,6% des hommes affirment y avoir été confrontés dans leur vie.

* Menée par le Pr François Olivennes, Jacques de Mouzon (Inserm) et Chantal Ramogida (Follow up).

vie des groupes de l'Association

Ce qui fait la force de notre amitié, c'est ce fil rouge qui, tel une toile d'araignée, relie Sourciennes et Sourciens, en Suisse et à l'étranger.

Au hasard des « migrations » de diplômés de la Haute Ecole de la Santé La Source, elles (ils) s'installent, se retrouvent et essayent de former un groupe et garder des contacts.

Le secret de l'existence de ce fil rouge est que tous ont, un jour, choisi la belle profession d'infirmier(ière) et la même école pour se former.

Nous espérons vivement que notre centenaire ravivera et fortifiera ce besoin indispensable d'appartenance et d'identité.

Le Culte du Centenaire à la Cathédrale du mardi 14 novembre 2006

(matinée de la Journée Source) va être une merveilleuse occasion d'affirmer notre identité professionnelle, le privilège d'appartenir à la première école laïque au monde (1859) et de dire encore une fois notre reconnaissance envers nos fondateurs, le Comte et la Comtesse de Gasparin. Ainsi qu'auprès de nos aînées qui, pas à pas, ont construit et protégé la profession que nous exerçons ou avons exercé jusqu'à ce jour.

Quant à la vie de notre Association, le Journal Source de cet automne (n°3) la fera revivre avec un article de notre précieuse historienne-archiviste Denise Francillon, et un autre sur le parcours de l'Association par notre présidente.

Voici quelques changements intervenus dans les groupes:

Groupe Neuchâtel: un immense merci à Véréna Von Büren-Gleuser, volée 1946 qui a assuré durant des années la vie du groupe en y installant un « stam » une fois par mois.

Elle sera désormais relayée par Madeleine Walduogel, volée 1952, assistée par Irène Guisan-Christen, volée 1949.

Groupe de la Côte: les Sourciennes de cette région sont très dispersées et deviennent âgées. Ainsi, Jacqueline Pascalis-Bersot, volée 1946, qui avait la responsabilité du groupe, aspire à une retraite méritée et Monique Bovon de Morges, volée 1953, va essayer de maintenir le lien, au moins une fois par année.

Groupe de la Broye: Gisèle Haden-Chevalley se retire pour raison de santé.

Qui voudrait, dans la région, organiser la fondue traditionnelle de l'Avent à Moudon au début décembre? J'attends vos propositions.

Un merci du fond du cœur à toutes ces Sourciennes qui ont mis leur enthousiasme et leurs forces au service de cette Source, que nous aimons, qui reste vive et ne tarira pas!!!

Notre secret à nous? Rester dans le bleu, la transparence et l'écoute.

Jean Cocteau disait: « **un secret a toujours la forme d'une oreille.** »

Je vous donne rendez-vous

le mardi 14 novembre à 10h00 à la Cathédrale!

| *Huguette Muller*

Voyage du lundi 11 septembre au vendredi 15 septembre 2006

Connaissez-vous les Gâtinais? Moutargis la Venise du Gâtinais, Ferrières-en-Gâtinais (ville médiévale), Gien et ses faïenceries, Saint-Benoît sur Loire et sa merveilleuse Abbaye, le Canal de Briare en bateau, le château de Fontainebleau?

Alors, en route, venez avec nous et inscrivez-vous auprès de la présidente!

Prix: entre 950 et 980 frs (selon le nombre), pension complète et tout compris.

Avec en plus, notre fantaisie, notre soif de connaissance et notre bonne humeur!

Eliane Golay-Vuilloud

Eliane Golay-Vuilloud s'en est allée...
Février 1937 - Janvier 2006

C'est avec chagrin que nous apprenions, fin janvier, le décès d'Eliane, notre amie.

Hélas, le moment est venu de faire appel aux souvenirs ! Entrées à la Source en octobre 1956, nous partageons la même chambre et très vite nous avons créé des liens d'amitié, si bien que notre cohabitation fût parfaite.

Pour les jours de congé, tu partais retrouver ta famille à Sullens, et moi la mienne à Genève. Le retour était toujours un plaisir, celui de nous retrouver !

Que de joyeuses soirées nous passions à nous défouler, ou à revoir nos cours, en échangeant nos émotions, toujours dans la bonne humeur.

Nous nous sommes retrouvées à Genève pour notre stage de chirurgie et, enfin ce fut le retour à la Source avant le grand moment des examens finaux, en octobre 1959.

Nous allions nous ressourcer à l'occasion d'un concert pour de beaux moments passés à la Cathédrale, que tu aimais tant. C'est pourquoi ta participation au chœur Bach pendant plus de 20 ans t'a apportée joie et sérénité.

Dés l'obtention de notre diplôme, nos chemins se sont séparés, mais peu importe, un téléphone, une rencontre, nous rapprochaient à nouveau. Tu me donnais des nouvelles de Michel, ton époux, de tes enfants, Danielle et Laurent et plus tard, de tes petits enfants.

En ce 3 février, nous étions très nombreux pour te dire adieu en l'église de Sullens. Un cousin pasteur a présidé le culte et le chœur Bach a



chanté merveilleusement deux airs que tu avais choisis. Ton village avait revêtu un magnifique manteau de givre pour un adieu digne et émouvant.

Eliane, repose en paix, dans le souvenir de l'amour des tiens et de notre fidèle amitié.

I *Marianne Seidel (Mermin)*

Cagna
 FLEURS

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



Livraisons à domicile

Service Fleurop-Interflora dans le monde entier

Nos fleurs sont également en vente à la Clinique
 La Source

Emilie Tamburini-Rosset



Madame Emilie Tamburini-Rosset, la doyenne des Sourciennes, nous a quittés le 15 février 2006 dans sa 104^e année.

Madame Tamburini-Rosset très attirée par l'aide aux malades a fait une formation de samaritaine

et, à 18 ans, elle entre à la Source. Elle y passe deux ans puis part en stage à Strasbourg et reviendra, dix années plus tard, en 1929.

A 27 ans, elle part pour Paris où elle travaille en salle d'opération.

De retour à Genève pour deux ans, elle travaille à la Croix-Rouge, puis retourne à Paris où elle termine sa carrière professionnelle dans le privé.

A cette époque, elle suit une formation de kinésithérapeute.

A Paris, Emilie rencontre l'homme de sa vie, avec qui elle partage joies et peines pendant dix ans.

A plusieurs reprises, la bonne formation reçue à la Source a été soulignée dans les divers certificats. Tous ses chefs de service ont relevé son grand dévouement, sa conscience professionnelle et sa grande disponibilité, ainsi que ses facultés d'adaptation.

Emilie a fêté son 100^{ème} anniversaire à Vessy. Comme cadeau, les responsables de l'EMS étaient d'accord d'exaucer son vœux: revoir PARIS. Ce voyage restera un rêve, la santé d'Emilie s'étant péjorée.

Bien intégrée à Vessy, toujours très coquette, elle était souvent nommée « la princesse de ces lieux » et gardait une certaine autorité.

I Marianne Seidel (Mermin)

COSANDEY-Piguet Claude
"Les Fontaines"
F-01270 COLIGNY

le 10 mars 2006

Madame Huguette Müller-Vernier
Présidente de l'Association
des infirmières de "La Source"
Florimont 7
1820 Territet

Concerne : le décès de Marie-Louise Cosandey-Piguet, volée 1936.

Madame,

Je vous informe du décès de mon épouse, afin que vous le fassiez paraître dans le "Journal Source" comme elle le désirait.

Elle a été toute sa vie une infirmière dévouée, irréprochable.

A 21 ans, j'épousais cette femme de 37 ans, je ne l'ai jamais regretté. Ce fut une femme de coeur, admirable, très sensible, nous avons vécu 52 ans de bonheur et si c'était à refaire, je recommencerais. Cela faisait 2 ans qu'elle était malade mais j'ai tout fait pour la garder à la maison où elle a rendu l'âme. X

Veuillez agréer, Madame, mes meilleures salutations

X/le 5-3-2006

décès

Elisabeth Chenevard-Ruch (volée 1938), décédée le 23 février 2006.

Ellen Reymond-Meyland (volée 1937), décédée le 4 mars 2006.

Marie-Louise Cosandey-Piguet (volée 1936), décédée le 5 mars 2006.

Toute notre sympathie à la famille dans le deuil.

Nouvelles adresses

Chantal Barman
Coin d'en Bas 3
1092 Belmont-Lausanne

Lucy Boulens-Jaccard
Résidence les Franchises
8, Cité Vieusseux
1203 Genève

Marie-Madeleine Dodds-Weber
Unit 13/12 Fawkner St.
Braddon
Canberra A.C.T 2612
Australie

Annick Fischer-Morand
Rue du Centre 59
1025 St-Sulpice VD

Liliane Fuchsloch
Av. des Alpes 97
1814 La Tour-de-Peilz

Verena Inabnit
Av. Peschier 22
1206 Genève

Erica Klein-Schroeder
Altereswohnheim
Hoch Waid
8802 Kilchberg ZH

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Anne-Claude Allin, Phyllis Wieringa, Brigitte Jaquet.

Responsables de la parution

Jacques Chapuis, directeur.
Alexia Stantzios, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice

Les textes à publier sont à adresser,
à A. Stantzios et V. Hausey-leplat:
avenue Vinet 30, 1004 Lausanne
e-mail: a.stantzios@ecolelasource.ch
e-mail: v.hausey-leplat@ecolelasource.ch

Abonnement

Fr. 47,50 par an, (étranger: Fr. 52,50, retraités
à l'étranger Fr. 37,50); AVS Fr. 32,50; étudiants: Fr. 20. –
CCP 10-16530-4

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

Directeur

Jacques Chapuis

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
Internet: www.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

ISSN 1660-8755

A temps plein ou à **temps partiel**

Formation d'infirmier et infirmière HES - Bachelor



- La profession d'infirmier/ère
- La formation à **plein temps**, entrée le **19 septembre 2006**
- Les conditions d'admission
- La formation à **temps partiel (75%)** entrée le **19 février 2007**



**Séances
d'information**

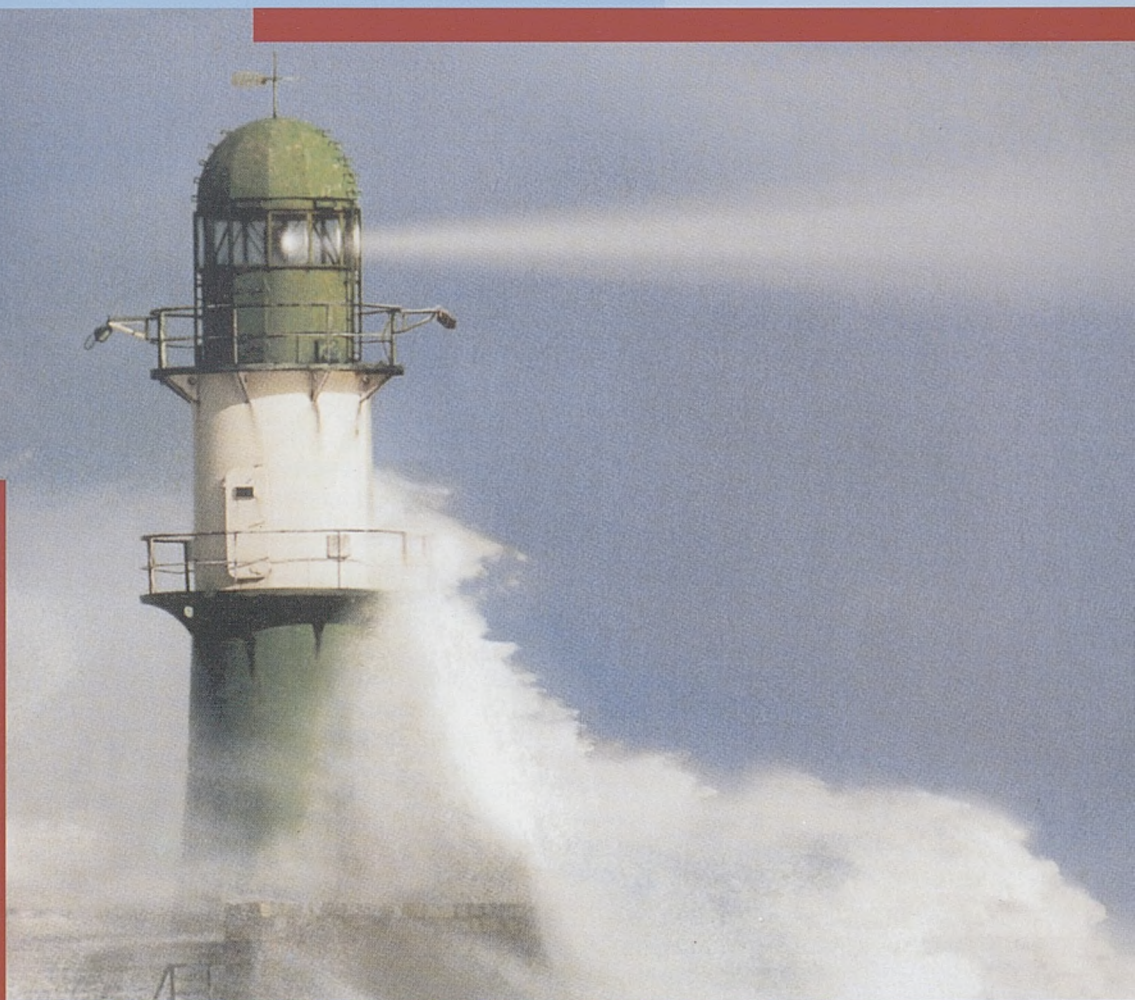
Hes-so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz

Mercredi 7 juin	17h-18h30	Mercredi 13 septembre	17h-18h30	Mercredi 8 novembre	17h-18h30
Mercredi 5 juillet	16h-17h30	Mercredi 25 octobre	16h-17h30	Mercredi 6 décembre	16h-17h30
Mercredi 30 août	16h-17h30				

répondre de...





éditorial

répondre de...	3
----------------	---

nouvelles de l'école

soutenance DHEPS	5
la formation d'infirmière et infirmier HES à Temps Partiel	5
écoles supérieures – hautes écoles spécialisées: quelle formation pour quelle profession ?	7
forum étudiant: congrès du SIDIEF 2006	9
congrès du SIDIEF: impression et souvenirs	11
la source dans la cité	
cycle de 5 conférences-débats publiques	13

nouvelles de l'institut

les entretiens francophones d'éthique clinique	14
--	----

nouvelles de la clinique

utilisation de l'IRM en cardiologie	15
-------------------------------------	----

dossier: répondre de...

une archéologie du lien	17
infirmiers diplômés assumons notre responsabilité!	20
une histoire d'engagement...	22
responsabilité du praticien-formateur	24
répondre de... du point de vue juridique	27
la responsabilité citée par quelques étudiants	32

association

1996 – cent ans – 2006	34
------------------------	----

faire-part

décès	35
nouvelles adresses	35

répondre de...

La responsabilité dans les soins infirmiers est un vaste thème qui nous concerne depuis longtemps.

La responsabilité évoquée, en 2006, est celle du juridique, de la légalité, une faute professionnelle étant égale à une sanction.

Mais se repose sans cesse la question des limites, de ses propres limites à savoir jusqu'où puis-je m'engager professionnellement, qu'est ce que je peux assumer « librement ».

« L'ordre médical », envisagé de manière succincte ne devrait pas occulter l'obligation de penser « sa responsabilité morale » comme infirmier-ière.

La responsabilité m'envisage aussi comme humain responsable vis-à-vis d'une autre présence humaine. Comment puis-je aider l'autre et jusqu'où suis-je prêt à m'engager dans cette interaction humaine? L'infirmier-ière se préoccupe de l'homme, de son devenir face à des problématiques de santé.

La question de la responsabilité dans le système de santé préoccupe les soignants, qui au vu des réflexions sur les assurances maladies se demandent: « est-ce que je pourrais soigner dans les mêmes conditions une personne qui a des conduites à risque face à sa santé? »

La révolution du système de formation des infirmiers-ières augmente le niveau de responsabilité à l'instar des professeurs-res des filières de santé de la HES qui sont dans l'obligation de faire de la recherche et ainsi amener une plus value à la profession en publiant, en rendant visible une profession souvent malmenée.

Le challenge est important et l'une opportunité est celle de se sentir responsables de notre profession, d'explicitier nos savoirs, d'être reconnus comme responsables de nos engagements pro-

fessionnels. Mais que faire de la « tutelle médicale », qui bouleverse des modes de pensée, d'apprentissage et de savoir-faire?

Antoine de Saint-Exupéry disait « Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as appris ». Apprivoise-t-on l'art de soigner, de prendre soin?

Répondre de... pour s'efforcer de cheminer, vers des buts réciproques, des intentions partagées, discutées, critiquées.

Répondre de ses actes, de ses propos mais aussi de sa manière d'être à l'autre.

Comment créer cet apprivoisement dans l'engagement? En adoptant une attitude réfléchie, en déployant des stratégies, en composant avec ses certitudes.

Responsable oui! Toutefois la responsabilité pensée comme condition sine qua non de la profession d'infirmier-ière serait trop réducteur... Alors se sentir responsable ne serait-ce pas exister pour soi et pour les autres; œuvrer pour la pluralité des possibles, oser dire et se confronter, accepter l'incertitude, partir en quête de réciprocité dans sa relation à l'autre!

Etre et se sentir responsable, de ce qui émane de soi et de ses pensées. Nous vous invitons à méditer les propos de Victor Hugo et de Paul Ricoeur. Le premier écrit que « l'idée exprimée est une responsabilité acceptée. », le second invite alors à penser que « la portée immense attribuée à nos actes par l'idée de nuisance à l'échelle cosmique (...) peut être assumée si nous introduisons le relais des générations. (Il s'agit) d'interpoler en quelque sorte entre chaque agent et les effets lointains le lien interhumain de filiation. Il est alors besoin d'un impératif nouveau, nous imposant d'agir de telle façon qu'il y ait encore des humains après nous ».

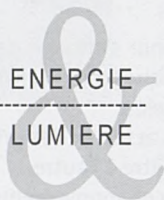
Véronique Hausey-Leplat et Alexia Stanzos
une responsabilité engagée et partagée
Rédactrices Journal Source
Professeures HES

CAUDERAY 
Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

ENERGIE

LUMIERE



Rue de Genève 64
à 1004 Lausanne
Tél. 021 620 0 900
Fax 021 620 0 901

info@cauderay.com <http://www.cauderay.com>

Interoffice Gavillet SA Tél. (+41) 021 321 20 50
Rue Beau-Séjour 1 Fax (+41) 021 321 20 51
Case postale 6259 e-mail : info@gavillet.ch
1002 Lausanne www.gavillet.ch


interoffice
Gavillet SA

archiutti

volo



Inscription au Journal Source

Une inscription au Journal Source est désormais possible par Internet
sous www.ecolelasource.ch, rubrique « Publications ».

Inscrivez-vous vite !

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

Agencements sur mesures, travaux spéciaux, ébénisterie
Magasins, restaurants, collectivités, pharmacies
Mobilier pour cliniques et cabinets médicaux
Rénovation et entretien d'immeubles
Cloisons phoniques, insonorisantes
Fenêtres bois, bois-métal et PVC

Rue du Maupas 8 bis
1004 Lausanne
Tél. 021 648 58 48
Fax 021 646 71 49

Direction Alain GOSTELI
E-mail : strehl@bluewin.ch

Conseils, devis et projets sans engagement

soutenance DHEPS

En juin 2006, ont soutenu avec succès leur 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 Marcel Bloch (Sciences Humaines) de Strasbourg

Françoise Jung

«La santé communautaire
La promotion de la santé
Et l'empowerment
Pratique et analyse»

Evelyne Progin

«L'accompagnement pédagogique, une offre de formation pour des étudiants en soins infirmiers; récit d'une expérience analysé.»

Catherine Reymond Wolfer

«Soignants, usagers et proches, les enjeux d'un partenariat. Contribution à l'approche de santé communautaire en psychiatrie.»

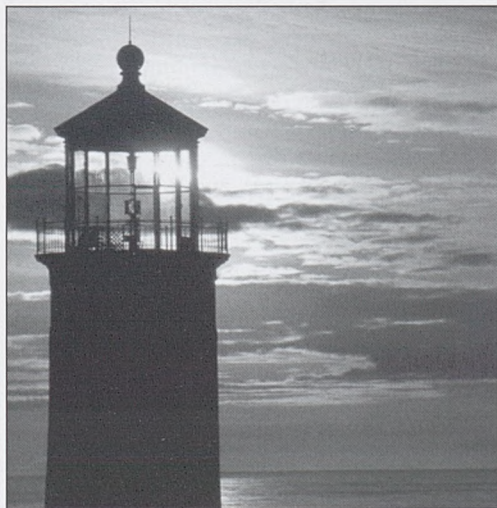
la formation d'infirmière et infirmier HES à Temps Partiel

Le 13 mars 2006, 19 étudiants ont franchi avec enthousiasme les portes de l'Ecole La Source pour suivre le programme de formation d'infirmière et infirmier HES à un rythme discontinu. Ces étudiants qui font suite à une première volée entrée au printemps 2005, ont toutes les raisons d'être motivés car leur parcours pour embrasser cette profession s'est souvent avéré pour le moins sinueux. Désirant changer d'orientation professionnelle ou obtenir une première formation «diplômante» et reconnue, les raisons ne manquent pas pour suivre la formation. Pratiquement tous ces étudiants travaillent déjà dans des domaines quelquefois très éloignés des soins et continueront à le faire pour subvenir à leur besoin.

Le programme de formation a justement été aménagé pour offrir la possibilité de concilier formation et emploi. Il est donc organisé pour que les étudiants puissent le suivre en discontinu et à un rythme qu'ils aménageront en fonction de leur possibilité d'investissement temporel dans la formation. Evidemment, la durée de la formation dépend de leur choix.

Cette formation de niveau HES est en tout point identique aux formations à temps plein du point de vue des conditions d'admission et des exigences de formation pour atteindre les compétences décrites par la filière d'infirmières et d'infirmier HES.

La demande faite par la Haute Ecole La Source auprès du Comité directeur de la HES a été acceptée en avril 2004. Elle se fondait sur les arguments tels que l'absence d'offre au sein de la HES de formation à temps partiel, la nécessité d'élargir l'accès à la formation à des candidats ne



pouvant pas suivre une formation à temps plein pour des raisons financières, familiales ou professionnelles dans un contexte de pénurie de professionnels sur le marché et l'expertise de l'Ecole dans l'expérience déjà vécue de programme mis en place pour un public «senior».

Ainsi, actuellement, les étudiants suivent un programme aménagé sur deux jours et demi de cours par semaine au cours de l'année préparatoire qui dure une année et demi. Avec le recul, on peut considérer qu'elle constitue une année de mise à l'épreuve des capacités d'ajustement en ce qui concerne l'organisation temps d'étude, temps professionnel et/ou familial. Elle constitue aussi un temps de transition pour la reprise des études et le changement de rôle que nécessite de re-devenir apprenant. Le programme Bachelor a été aménagé de façon à ce que les étudiants puissent choisir combien et quels modules ils vont suivre et ce, tous les 6 mois.

La mise en place de tuteurs qui accompagnent, conseillent et maintiennent le lien avec ces étudiants prend tout son sens. En effet, le défi que pose cette formation en discontinuée concerne l'entretien de la motivation de ces étudiants sur un aussi long terme. Rendez vous dans quelques années!

Catherine Nicolas

Professeure HES, La Source



© Archives-Atelier Grand SA



**A l'occasion de son 10^e anniversaire,
l'association AGAPA Suisse-romande
a le plaisir de vous inviter à une
Journée de réflexion et d'échanges
autour du Deuil périnatal**

*Une journée entière
pour poser l'évidence d'une brève existence,
D'un bébé si petit qu'on ne lui donne
pas même droit de naître.
Un moment de reconnaissance à offrir,
à un enfant perdu, à des enfants déçus,
à une vie trop courte
en cette terre des hommes,
mais aussi à la mort d'un petit être de chair
et au deuil inévitable
dont elle ouvre la porte.*

avec la participation de
Madame Chantal Haussaire-Niquet,
maman endeuillée, psychothérapeute et
formatrice en deuil périnatal,
*auteur des livres «L'Enfant interrompu» et
«Le deuil périnatal: le vivre et l'accompagner»*

**le samedi 18 novembre 2006
de 9 h 00 à 17 h 00**
au CHUV, à Lausanne

*Prix de la journée:
Frs 100.- avec repas
et Frs 75.- sans repas*
Renseignements et inscriptions sur
<http://www.agapa-suisseromande.ch>
Ou au secrétariat: 026 424 04 22

la Source au Congrès de l'ASI 2006

écoles supérieures – hautes écoles spécialisées: quelle formation pour quelle profession?

Dans cet article, nous décrivons l'aventure qu'a représenté pour quatre étudiantes de l'école et deux enseignant-e-s l'organisation d'un débat dans le cadre du Congrès de l'Association suisse des infirmières (ASI) à Lucerne en mai dernier sur le thème «Hautes écoles spécialisées – Ecoles supérieures: quelle formation pour quelle profession?».

Le credo «Le soin est politique!» habite les cours de politique sanitaire et sociale de la formation infirmière HES à la Source. Les personnes en formation sont sensibilisées à l'incidence du débat politique sur le système sanitaire et, partant, sur les soins que nous donnons (ou vendons). L'accent est également mis sur la politique de formation professionnelle dans la santé; l'intention étant de les convaincre de l'importance qu'il y a, en tant que professionnel-le-s de santé, à s'engager dans le débat politique.

Fort-e-s de ces principes, nous avons décidé conjointement avec un groupes d'étudiantes de l'école de mener à bien un projet original dans le cadre du congrès de l'ASI. Cela nous a conduits à mettre en place et animer un débat sur la politique suisse de formation professionnelle en soins infirmiers sur le thème: «Ecoles supérieures – Hautes écoles spécialisées: quelle formation pour quelle profession?». Le débat s'est déroulé en présence d'environ 300 personnalités du monde des soins dans l'une des plus belles salles de concert de Suisse, dans

le cadre du KKL, le Kultur und Kongresszentrum Luzern, centre majestueux conçu par l'architecte Jean Nouvel.

Pour concrétiser notre participation à ce congrès, nous avons problématisé la question de la double formation pour les soins infirmiers en Suisse, nous avons construit un concept de débat pertinent, obtenu les soutiens nécessaires et finalement réalisé le projet. Les étudiantes ont été associées à toutes ces étapes. Cela leur a permis d'approfondir leurs connaissances des champs de la politique suisse de formation professionnelle, mais aussi d'acquérir de nombreuses autres compétences: argumenter et défendre un projet, élaborer un budget et le respecter, négocier avec les instances de l'école, collaborer avec des partenaires divers, parler en public, former, étayer et promouvoir son opinion,





© ELS

confronter ses idées, parler l'allemand, rencontrer des collègues d'autres régions du pays et composer avec les différences culturelles.

Le débat a été pensé en partenariat avec «l'école sœur» de La Source, soit l'École du Lindenhof de Berne. Les étudiant-e-s ont apporté le questionnaire suivant aux participant-e-s du congrès: comment se fait-il qu'en Suisse, petit pays de sept millions d'habitants, l'on ait deux différents types de formation pour un même exercice professionnel? Soit la formation en «Haute école spécialisée» en Suisse romande avec un Bachelor comme titre final et la formation en «Ecole supérieure» dans le reste du pays validée par un Diplôme professionnel. Les décisions ayant abouti à ces deux modèles de formation sont-elles d'ordre politique et économique? Quel pouvoir de décision les professionnel-le-s en soins infirmiers ont-ils/elles en la matière? Les étudiant-e-s vaudoises et bernoises ont orienté le débat sur le risque que cette politique fait courir à la profession: risque de discriminations pour les diplômé-e-s des écoles supérieures, nécessité d'être formé-e-s à un haut niveau afin d'être considéré-e-s dans le travail interdisciplinaire, lien entre niveau de formation et qualité des soins.

Afin d'illustrer le chaos engendré par cette politique nationale de formation professionnelle jugée peu claire, nous avons décidé d'utiliser la forme théâtrale: un désordre illustré par la collision et la difficile cohabitation de professionnel-le-s aux dénominations multiples; un débat politique factice caractérisé par l'absence de la représentante des infirmières-ers accaparée par ses soins; la représentation des multiples dimensions de la profession infirmière: cœur (l'esprit du nursing), tête (la science du nursing), main (l'art du nursing) '... et loupe (illustrant la recherche en soins infirmiers).

Le questionnement et le débat, transmis par les étudiant-e-s, a permis aux professionnel-le-s présent-e-s d'échanger sur les positions des un-e-s et des autres. En conclusion à ce débat, les étudiant-e-s ont affirmé haut et fort – afin de montrer à leur aîné-e-s la direction à suivre – la nécessité d'avoir en Suisse et à court terme une formation unique de niveau «Bachelor» pour les soins infirmiers. Les personnes présentes ont pu «voter» par rapport à la vision proposée. Deux possibilités étaient offertes:

- J'adhère à la proposition.
- Je réfléchis et je m'informe.

Au final, et à notre satisfaction, ce sont environ 60% des votant-e-s qui appuient la proposition, 20% souhaitent encore réfléchir et 20% ne se prononcent pas.

En clôture de journée, Annemarie Kesselring, Professeure à l'Institut des soins infirmiers de l'Université de Bâle, a apporté son soutien à la proposition des étudiantes et a mis en garde les participant-e-s au congrès: «*Les infirmières des Ecoles supérieures risquent de ne pas être reconnues à l'étranger comme infirmières diplômées*»².

Pour clore ce bref compte-rendu, nous aimerions remercier les étudiantes de l'école qui se sont engagées pleinement dans ce projet de longue haleine: Sarah Mayreder (Volée Printemps 2004), Delphine Magnin, Marisa Soares et Adilé Thaqi (volée Automne 2002). Nos remerciements vont également à la Direction et aux différents services de l'école pour leur soutien logistique, ainsi qu'à nos partenaires de l'Ecole du Lindenhof dont nous avons eu plaisir à faire la connaissance: Jeannine Würzler, enseignante, Andreas Fuchs, Nadine Gilomen, Puri Ferreiro et Claudia Zbinden.

Annie Oulevey Bachmann et Blaise Guinhard
Enseignant-e-s HES, La Source

- ¹ En référence au projet de formation généraliste élaboré par Isabelle M. Stewart, *Programme de l'École d'infirmières*, Genève: Conseil International des Infirmières Genève, 1934.
- ² Taillens, F. et Longerich, B., *Compétence et humanité – L'identité infirmière s'affirme*, in *Soins infirmiers* n°7/2006, Berne: Association suisse des infirmières et infirmiers éditeur, page 41.

forum étudiant: congrès du SIDIEF¹ 2006

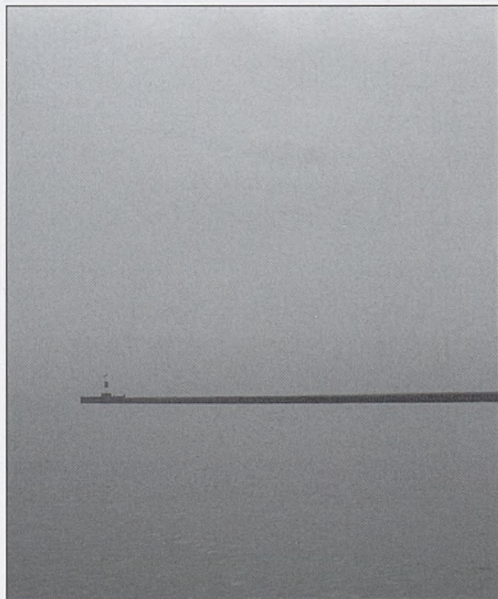
En quoi notre formation est-elle propice à une pratique infirmière fondée sur le dialogue et dès lors nourricière d'une plus grande atmosphère d'humanité?

Lorsque j'ai choisi d'aller à l'école d'infirmière les réactions ont été diverses. Du côté familial il n'y a pas eu de problème, j'ai une longue lignée d'infirmière dans ma famille... La plupart étaient contents que je fasse ce qui me plaît, c'est-à-dire être dans le milieu de la santé avec tous les aspects techniques mais en ayant aussi la possibilité de développer tout l'aspect relationnel qui me tient très à cœur depuis que je suis toute petite.

Du côté des amis et des connaissances mon choix d'orientation n'a pas fait un très bon accueil, les gens m'ont plutôt découragée. Ils mettent en avant les horaires impossibles, le courage qu'il faut avoir pour supporter « tout ça », les mauvais salaires en regard de tout ce qu'on nous demande de faire et finissent par soupirer en disant: « c'est vraiment une vocation ».

La plupart de leurs remarques sont relatives à leurs représentations vis-à-vis d'un milieu professionnel qui leur est inconnu. Ce qui m'étonne le plus ce sont les remarques au sujet des horaires, nous ne sommes pas les seuls à être contraints à des horaires variés, de jour, de nuit, coupés, en 12 heures... Prenons l'exemple des cuisiniers, ils ont plus ou moins le même genre d'horaire que nous, et pourtant, à chaque fois que je dis que j'ai un mari cuisinier on me répond: « quelle chance! ». A l'inverse, mon mari entend rarement les mêmes propos quand il dit ce que je fais!?!?!

¹ Secrétariat International des Infirmiers et Infirmières de l'Espace Francophone



Le soin et le dialogue:

Pour moi, le soin sert à soulager la douleur, la souffrance de l'autre. On peut le faire à l'aide de la technique, de gestes appris et qu'on reproduit ou alors par des mots, grâce au dialogue, à la communication. On peut avoir la technique sans le dialogue, c'est ce qu'on voit de plus en plus, par manque de temps, disent les infirmières, mais sont-elles vraiment satisfaites de leur travail? N'ont-elle pas une impression d'inachevé?

Le dialogue permet de rassurer, de mettre des mots sur la souffrance ou sur ce qui va arriver, il permet de se préparer à la suite; avec les enfants il permet de détourner l'attention lors d'un soin douloureux, en psychiatrie il permet de calmer des crises, des angoisses sans toujours avoir recours aux médicaments ou aux contentions. Pour moi, le dialogue est le cœur de notre profession, il permet d'humaniser les soins techniques pour la plupart douloureux et les centres hospitaliers car les patients se sentent écoutés, ils ont le sentiment d'être des humains et non des choses à soigner.

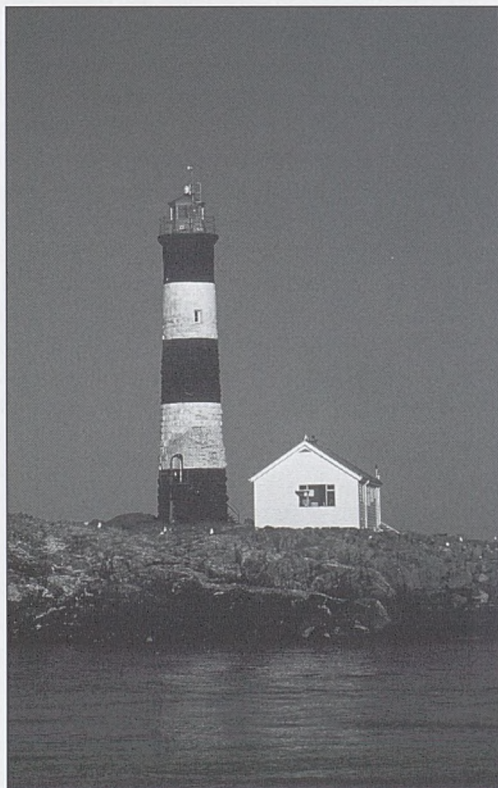
Pour parler de la formation, je m'exprime au sujet de celle que je suis actuellement, c'est-à-dire la formation HES en 4 ans. J'étudie actuellement dans un contexte de grand changement et, malgré les désagréments qui en découlent, une chose est sûre, on nous apprend à communiquer. La relation est au centre de notre programme de formation, on nous donne des outils, des concepts, on s'exerce. En début de formation les cours étaient plus centrés sur la relation soignant-soigné et plus on avance plus on apprend comment bien communiquer au sein d'une équipe infirmière et pluridisciplinaire. On s'interroge sur le pourquoi du «on n'a pas le temps», sur comment essayer d'y pallier et, je pense que c'est possible.

Je pense que si on veut mettre le dialogue au cœur du soin on peut y parvenir.

Commençons par arrêter de dire qu'on n'a pas le temps, ça sera du temps de gagner!

Prenons plus de temps en début de service pour structurer notre journée de travail, ça sera du temps de gagner dans la journée même si on n'a pas cette impression sur le moment même.

Pour pouvoir bien communiquer avec les patients il faut tout d'abord bien communiquer entre nous. Apprendre à gérer son temps et celui des autres en fonction des compétences de chacun. Faire une bonne répartition du travail en début de journée évitera une partie des imprévus et permettra d'être plus calme et plus proche du patient.



Sans vouloir provoquer, combien de fois ai-je pu observer, lors de mes stages, les infirmières « qui n'ont pas le temps » discuter de leur week-end ou de leurs projets au « desk' » et laisser les aides aller répondre aux sonnettes...

Un sourire ne prend pas beaucoup de temps ni à donner ni à recevoir, un merci non plus. C'est déjà un début de dialogue si ces mots sont exprimés sincèrement. Un « comment allez-vous » ne devrait pas se dire par habitude, il faut être disponible pour écouter la réponse de la personne et ne pas demeurer centré sur la réponse à donner comme nous l'a relaté Mr Hesbeen dans sa conférence sur les conditions du dialogue. Si vous n'êtes pas authentique, disponible et sincère la personne soignée le sentira et répondra « ça va bien merci ». Est-ce de cela que nous voulons nous contenter en tant que soignant ?

Je vais vous raconter une expérience vécue en stage récemment.

J'étais dans un service de psychiatrie depuis deux semaines. Je n'avais pas encore vu un(e) infirmier (ère) aller au salon et passer du temps avec les patients. J'avais très envie d'y aller mais je n'étais pas sûre que « ça se fasse ici »... J'ai finalement osé demander si je pouvais y aller et on m'a répondu : « Mais bien sûr ! Vas-y ! On est là pour ça ! »

J'y suis allée, rien de spécial ne s'est passé pendant ce moment, on a regardé la télé ensemble mais moi je me suis sentie à ma place en tant que soignante et à l'aise. L'absence de mots n'étant pas l'absence de dialogue.

Je conclurai par :

Tout ne s'apprend pas, ça se vit.

Aurore Lugon-Moulin

Étudiante HES. Volée automne 03

Congrès du SIDIIEF : impression et souvenirs

Mai 2006, Québec, 3e congrès mondial du secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) sur le thème du dialogue au cœur du soin.

Dans le cadre de cette grande manifestation, une délégation de l'École La Source composée de Monsieur Jacques Chapuis, de plusieurs enseignants, d'une étudiante post-grade et de trois étudiantes en formation initiale se sont envolés vers le pays de la feuille d'érable.

Le moteur de nos motivations était le fait de pouvoir partager nos savoirs, notre vécu et notre culture infirmière. Bien entendu, nous avons voulu goûter l'aventure mais aussi savourer la richesse des rencontres qui s'offriraient à nous.

Entraînant notre regard novice au-delà des frontières, nous avons pu participer pleinement à ce congrès en assistant à de nombreuses conférences, parfois hautes en couleurs, données par des professionnels venant de l'Espace Francophone. Quelle autre meilleure introduction aurions-nous pu espérer pour nous ouvrir à la dimension internationale de notre profession : infirmier-infirmière ?

Le dialogue au cœur du soin, thème de ce congrès, a été évoqué sous divers aspects. Tous les participants ont pu s'exprimer en mettant leur profession au centre de leurs préoccupations... son développement, son avenir, mais aussi qui ils sont et ce qu'ils peuvent apporter à l'amélioration des soins. Les problèmes qui ont été évoqués s'avèrent récurrents. La pénurie d'infirmière au niveau mondial a comme répercussion soit une politique de recrutement très dense soit de composer c'est à dire de faire avec « les moyens du

¹ Bureau infirmier

bord». Ce constat a questionné la qualité des soins, le bien-être des soignants mais aussi les inégalités inhérentes au pays d'origine. Ceci s'est remarqué lorsque nous avons été sollicitées, à maintes reprises, pour aller travailler dans toutes les régions du Canada. Primes de déménagement et billet d'avion à l'appui, quoi de plus attractif! Cependant les salaires en Suisse sont de loin plus élevés (du simple au double).

Le problème de la formation nous a aussi beaucoup touchées. Être infirmière dans certains pays n'a pas la même résonance: accès plus ou moins aléatoire ou non accès à une formation complète, possibilités de travailler de manière autonome particulièrement minime. Malgré cette réalité, la prise de position de ces femmes, lors des conférences, a montré leur détermination, leurs désirs d'améliorer la condition infirmière dans leur pays. Nous soulignons ainsi leur courage et leur clairvoyance.

La recherche en soins infirmiers a pris une place centrale dans les conférences. Tous les domaines ont été abordés, de la clinique à la formation en passant par la gestion. Nous avons compris comme cette démarche est capitale pour faire évoluer les pratiques. La recherche pose de manière scientifique des constats qui permettent l'élaboration de moyens et induisent des changements. L'échange des savoirs demeure un jalon indispensable à l'évolution de notre profession.

Lors de cette rencontre internationale, nous avons remarqué combien la présence des étudiants était infime. En effet, quelques Québécois, une Belge, des finalistes Français, quatre Suissesses formaient notre délégation. Malheureusement, faute de visas, des étudiants du Burkina Faso et d'Haïti n'ont pu se joindre à nous. Nous avons beaucoup pensé à eux et aux autres professionnels qui ont été forcés de rester chez eux. Cela a d'ailleurs provoqué un vif émoi dans la communauté infirmière et a remis en question la solidarité au sein de la Francophonie.

Qu'est-ce que le SIDIEF? Le SIDIEF, fondé en 1998, est une organisation internationale non gouvernementale à but non lucratif, doté du statut consultatif auprès des instances de l'Organisation internationale de la Francophonie, et dont le siège social se trouve à Montréal.

Le SIDIEF est un lieu d'échange, de partage permettant d'aborder des problématiques communes et de constater la richesse des pratiques infirmières. La finalité est de trouver des moyens pour aborder les solutions et conduire au changement. Le SIDIEF contribue donc au développement de la profession infirmière.

Le SIDIEF possède à présent un comité étudiant dont la mission est de favoriser les échanges entre les différents pays, de faire connaître les besoins des étudiants dans l'espace francophone, de participer au rayonnement actif de la profession et de créer des liens via un forum étudiants sur Internet. Lors du congrès, ce comité a été construit avec des étudiants présents et déterminés à œuvrer pour leur mission. Ainsi avons-nous le plaisir d'avoir Alexia Hermann, étudiante de troisième année, comme représentante de l'École La Source. Nous espérons donc pouvoir recruter de nouveaux membres et faire connaître le SIDIEF auprès des étudiants et professionnels de la santé.

Enfin, cette expérience a été très enrichissante pour nous et nous souhaitons vivement remercier Monsieur Jacques Chapuis, Directeur de la HES La Source, pour nous avoir permis d'assister à ce congrès. Nous avons beaucoup apprécié sa compagnie, son soutien dans nos démarches. Enfin nous souhaitons encourager tous les étudiants à participer un jour à cet événement afin d'entrevoir les possibilités et la richesse de notre profession.

Alexia Hermann et Charlotte Marquis
Étudiantes HES. Volée automne 03

LA SOURCE DANS LA CITE

Cycle de 5 conférences-débats publiques

AUTOUR DU DON

Le don de soi sous différents aspects.

Entre générosité et narcissisme, solidarités et rapports de pouvoir, quelques mécanismes du lien social
entrée libre

Avec le retour de l'automne, l'école La Source reprend ses conférences *La Source dans la Cité* tout en modifiant sa formule. Elle propose cette fois-ci un cycle de cinq rencontres sur le thème du DON.

Donner c'est ce qui instaure le lien social, ce qui lie les personnes entre elles au-delà des conventions, des contraintes formelles et des calculs égoïstes. Le lien instauré par le don ne peut être quantifié. Le bénéfice du don ne se mesure pas sur une échelle monétaire, sa valeur réside dans sa spontanéité au sens altruiste du terme. La mère prodiguant de l'amour à son enfant, le soignant exprimant de l'empathie pour son patient, le formateur accordant de l'attention à son élève...

La dynamique du don a ceci d'étrange que l'initiateur de l'échange ne se trouve pas en négatif par rapport à son destinataire. Il n'a pas quelque chose en moins dans ses actifs mais au contraire, il se trouve grandi, affirmé, renforcé. Si ce surplus engendré par la relation donneur/receveur fait toute la richesse et la puissance de ce qui circule parmi les individus ainsi liés, il soulève aussi beaucoup d'interrogations: le bénéfice pour le donneur permet-il encore de considérer le don comme acte gratuit? Le don ne comprend-il pas une dimension symbolique mettant le receveur en situation d'obligation de rendre? La dette ouverte par la relation de don n'est-elle pas parfois perverse?

Le cycle de rencontres *La Source dans la Cité* vous offre cinq opportunités d'examiner ces questions et d'autres encore sous cinq angles différents, développés par des intervenants aux prises avec ces problématiques dans le cadre de leurs activités professionnelles. Les différentes conférences sont complémentaires les unes des autres mais ne nécessitent pas un suivi systématique pour saisir l'intérêt de chacune des thématiques.

Ces conférences publiques sont gratuites (*dans le sens monétaire du terme*), sans réservation ni inscription. D'une durée d'une heure environ, chaque conférence sera suivie d'un débat ouvert à tous.

Lieu: la Haute Ecole de la Santé La Source,
av. Vinet 30, 1004 Lausanne

PROGRAMME

Mercredi 15 novembre 2006 – 19h00-20h30
L'action humanitaire: un don hautement politisé
Nicole Froment: Point de vue de professionnels de terrain, enjeux et limites
Paul Grossrieder:
En jeux politiques de l'action humanitaire

Mercredi 6 décembre 2006 – 19h00-20h30
Le bénévolat: intérêts et paradoxes d'une activité non salariée
Christine Capt: Les aspects concrets de l'engagement et la mobilisation des bénévoles
Claude Bovay: Professionnels, bénévoles et le besoin de reconnaissance

Mercredi 17 janvier – 19h00-20h30
**Don et contre don:
un regard anthropologique sur l'essence du lien social**
Alain Caillé: une alternative aux échanges utilitaristes

Mercredi 7 février – 19h00-20h30
**Donner – recevoir – rendre:
enjeux psychologiques des termes de l'échange**
Michèle Rodé

Mercredi 14 mars – 19h00-20h30
Don d'organes, don de vie
René Chioléro: Difficultés de donner, dimensions médicale et socioculturelle du don d'organes
Daniele Stagno: Asymétries entre don et contre don, répercussions psychologiques du don d'organes



les entretiens francophones d'éthique clinique

Au travers des formations qu'il organise, l'Institut La Source favorise la rencontre entre des mondes qui se côtoient peu dans la réalité du travail quotidien: le philosophe rencontre les soignants, ceux-ci découvrent le juriste, le policier interroge le soignant sur les questions de la maladie mentale, le soignant écoute le sociologue, etc.

Il est apparu qu'il était intéressant de formaliser ces rencontres afin d'en développer toute la richesse et la saveur. Le but est alors de permettre un échange libre de points de vue différents, portant sur le «prendre soin en société».

Les entretiens ainsi définis réunissent des professionnels venant d'horizons différents, qui dans le cadre de leur pratique professionnelle s'approchent du «prendre soin»: soignants, philosophes, enseignants, sociologues, psychologues, travailleurs sociaux, responsables d'organismes sociaux.

Il s'agit d'échanger des expériences pratiques – d'où le terme d'éthique «clinique» – afin de permettre à chacun, à partir de ces échanges, d'approfondir le questionnement qu'il porte sur ses propres pratiques – d'où le terme d'«éthique» clinique!

Ces entretiens ont aussi comme but de permettre progressivement d'établir des contacts entre professionnels d'horizons différents, des liens qui tisseront un maillage entre ses personnes, leur permettant de poursuivre entre elles la réflexion entamée lors de ces journées de rencontre.

La première journée des «Entretiens francophones d'Éthique Clinique» aura lieu à Paris le 27 janvier 2007. L'organisation de cette journée

exprime la volonté des organisateurs de permettre un vaste échange entre les participants. C'est pourquoi la journée est centrée sur quatre interventions suivies par des temps d'atelier-discussions.

Titre de la journée

«De l'injonction sociétale de faire des soins à l'obligation légale du consentement éclairé aux soins»

Intervenants

Michel Dupuis, doyen de la faculté de philosophie Université catholique de Louvain, Belgique
Gilles Méhu, médecin urgentiste, Centre Hospitalier de Cornouaille à Quimper (à confirmer)
Chantal Seuret, directeur des soins, conseillère technique régionale, Lyon
Béatrice Vanderhaghen, assistante sociale, clinicienne petite enfance, Paris

Modérateur-agitateur:

Raymond Gueibe, médecin, psychiatre de liaison, Clinique St Pierre Ottignies Louvain la Neuve, Belgique

Horaires

9h00 – Accueil, 17h00 Clôture des travaux

Public concerné

tous les professionnels des soins, du social et de la sécurité publique

Lieu et date

Paris, le samedi 27 janvier 2007.

Prix

au titre de la formation continue **180 euros TTC**

Institut La Source
43, avenue Hoche
75008 Paris
E-mail: info@institutlasource.fr
Site Internet: www.institutlasource.fr
Paris. Lausanne. Bruxelles.

utilisation de l'IRM en cardiologie

Introduction

Initialement l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) se limitait, en cardiologie, à l'évaluation de la morphologie sur des images statiques. Les progrès technologiques et les nouveaux développements survenus principalement au cours de la dernière décennie ont révolutionné l'utilisation de cet outil diagnostique qui est devenu incontournable pour la prise en charge de nombreux patients souffrant de maladies cardiaques.

Il existe peu d'hôpitaux ou de cliniques en Suisse dans lesquels l'IRM est utilisée pour des investigations cardiologiques avancées; dans le Canton de Vaud ce type d'examen ne peut actuellement être pratiqué qu'au CHUV ou à la Clinique de la Source.

Avantages de l'IRM

- examen totalement non invasif,
- absence de rayonnement ionisant,
- pas d'utilisation de produit de contraste potentiellement nocif.



Imagerie des coronaires par acquisition du cœur entier en 3D (résolution environ 700 μ m).

Quelques exemples d'utilisation chez le patient cardiaque

Infarctus/maladie coronarienne

VISUALISATION DE L'INFARCTUS/VIABILITÉ MYOCARDIQUE

L'IRM est la méthode la plus précise pour visualiser un infarctus qui a déjà eu lieu ce qui est très utile pour le diagnostic d'un événement passé inaperçu (p.ex chez le diabétique) ou pour préciser le pronostic après un épisode connu. Chez les patients avec une diminution importante de la fonction cardiaque en raison d'une maladie sévère des coronaires, l'IRM est la méthode de référence pour prédire dans quelle mesure un geste de revascularisation (pontages ou dilatation coronarienne) pourrait améliorer la situation (détermination de la viabilité).

DÉTECTION DE L'ISCHÉMIE

Il est possible d'effectuer un véritable test d'effort par IRM en réalisant des images au repos et sous stimulation par des médicaments (adénosine ou dobutamine). On peut alors préciser par un test non invasif la probabilité de la présence de rétrécissement sur les coronaires et ainsi quels sont les patients qui devront bénéficier d'un examen invasif (coronarographie).

VISUALISATION DE CORONAIRES

Depuis plusieurs années l'IRM est considérée comme la référence pour le diagnostic du trajet anormal des coronaires (éléments très importants chez les enfants ou jeunes adultes présentant des malaises à l'effort). En ce qui concerne la recherche de rétrécissements (maladie coronarienne), malgré des progrès importants l'IRM n'est pas encore prête aujourd'hui pour une utilisation de routine car la qualité des images est insuffisante chez environ 20% des patients. La situation évolue très rapidement et pourrait

radicalement changer prochainement; dans cette optique, la Clinique de la Source s'est dotée de la technologie la plus avancée actuellement sur le marché dans ce domaine particulier. La figure 1 donne un exemple choisi d'une coronarographie IRM de bonne qualité.

Dysfonction cardiaque

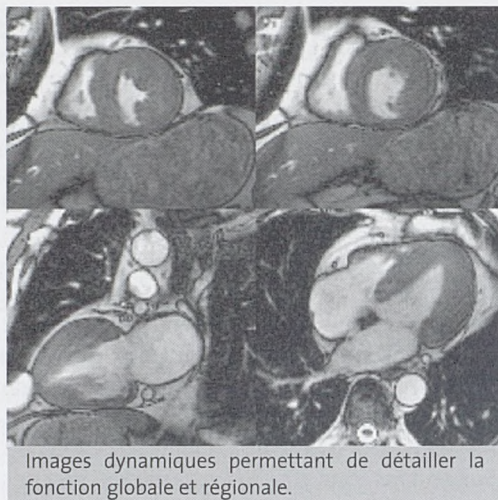
L'IRM permet de définir de façon très précise la fonction du cœur (figure 2), de plus cet examen permet d'aider à préciser la cause d'une dysfonction cardiaque. En mettant en évidence un éventuel ancien infarctus, une maladie infiltrative (p.ex. amyloïdose) ou inflammatoire (p.ex. myocardite) il sera éventuellement possible d'introduire un traitement mieux ciblé et le cas échéant améliorer le pronostic du patient.

Maladie valvulaire

Les maladies valvulaires (rétrécissement, fuite) peuvent en général être explorées complètement grâce à l'échocardiographie, cependant parfois les images peuvent être de qualité insuffisante. En combinant des images morphologiques précises et des mesures de débits, il est possible de définir de façon fiable la plupart des dysfonctionnements valvulaires avec l'IRM.

Réalisation d'un examen en pratique

Le patient est allongé sur le dos dans l'IRM. Selon l'examen, on met en place une (si injection de Gd) ou deux (stress pharmacologique) voies veineuses. Des électrodes sont appliquées sur le thorax afin de synchroniser les images aux battements cardiaques. Un antenne cardiaque spécifique est appliquée et l'examen peut débuter. La plupart des séquences sont réalisées en apnée et le patient doit alors retenir son souffle pendant 10-20". La durée totale de l'examen dépend des paramètres étudiés et varie entre (30', examen focalisé sur une pathologie connue, 40',



Images dynamiques permettant de détailler la fonction globale et régionale.

© Archives CLS

examen sous stress pharmacologique, 50', examen complexe avec mesures de nombreux paramètres morphologie/fonction/imagerie d'infarctus/mesure de débits).

Conclusion

Comme on le voit le champ d'application de l'IRM est particulièrement large en cardiologie et il est possible d'évaluer en un seul examen de nombreux paramètres qui nécessitent habituellement la réalisation de plusieurs examens différents. L'IRM s'est déjà imposée comme l'examen de référence dans plusieurs domaines de la cardiologie (fonction cardiaque, viabilité, anomalies de l'origine des coronaires) et est en passe de le devenir pour d'autres (détection d'ischémie, maladie valvulaire). Il est très probable que cet examen totalement non invasif devienne une technique de routine dans la prise en charge de la majorité des patients cardiaques dans un avenir proche.

Docteur Xavier Lyon

Cardiologue FMH
Médecin Associé, Cardiologie-CHUV
Anc. Chef de Clinique Universitaire
Maître d'Enseignement à l'UNIL
Email: xavier.lyon@chuv.ch

■ répondre de...

une archéologie du lien

Deux extraits du mémoire d'Alexia Stantzos fait dans le cadre d'un Master en philosophie, option éthique appliquée à l'Université de Sherbrooke.

Premier extrait

En psychiatrie, l'infirmier est confronté à un autre que lui-même, qui représente un côté «sombre» de l'humain car le patient dévie de la «norme sociale»: il est affaibli, malade, différent. En soignant des personnes atteintes de troubles psychiatriques, nous nous approchons nécessairement des réflexions liées à la responsabilité et à ce qui me lie à l'autre dans mon humaine condition.

Certains éléments troublants, comme le suicide – le délire – la marginalité, dans la relation avec les patients m'ont renvoyée aux grandes questions philosophiques déjà posées par certains.

Qui est l'autre et quelle est ma responsabilité face à lui?

Cependant, dans une profession, où «aider l'autre» est perçu comme un idéal, il peut être aisé de passer par-dessus ce questionnement. Simplement en adoptant, une position de «sauveur» ou/et de «victime» dans ma relation au patient. C'est-à-dire que je fournis des solutions, je résous des problèmes et je me plains de la pénibilité d'un travail qui est souvent issu de la souffrance et de l'occupation de mon «espace» par l'autre.

Mon expérience professionnelle en soins infirmiers m'interroge sur le lien ontologique à l'autre. En amont de la relation thérapeutique, construite selon des règles précises, il y a deux humains (le patient et l'infirmier) dans un face-à-face existentiel. Qu'est-ce qui se dégage de ce lien ontologique comme prise de conscience de mon humaine condition pour construire la phase thérapeutique au plus près de mes convictions? J'aimerais dégager dans ce travail «une archéologie du lien» en retraçant à travers différents auteurs ce lien à l'autre, à soi (sens et non-sens) en philosophie et l'évolution de ces conceptions dans ma pratique quotidienne du soin.

En soins infirmiers, il y a des raisonnements divergents entre la psychiatrie et le somatique. Les infirmiers pensent que ce sont deux approches différentes du soin avec comme argumentation qu'en somatique la rencontre avec la maladie est plus complexe à traiter qu'en psychiatrie, et inversement.

Mais, c'est toujours le rapport à l'autre, à l'existence de l'humain qui est en jeu qu'il souffre de troubles physiques ou psychiatriques. La question qui se pose «au café» est: «comment tu fais, moi je n'en serais pas capable». Idem pour le personnel infirmier qui travaille dans les milieux carcéraux et communautaires. Mais le soin qu'il soit donné dans un contexte ou un autre est porteur de ce premier lien à l'autre.

L'ART à la SOURCE



Clinique de La Source

Galerie

DU 7 SEPTEMBRE 2006
AU 12 NOVEMBRE 2006

SHADYA GHEMATI

DU 16 NOVEMBRE 2006
A JANVIER 2007

WALTER MALFI

VERNISSAGE LE JEUDI
16 NOVEMBRE 2006 A 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

La théorie de l'attachement évoque la construction des premiers liens entre l'Enfant et la Mère comme répondant à un besoin biologique fondamental. Les études sur l'attachement de John Bolwby¹, pédiatre et psychanalyste anglais, donnent des pistes de réflexion quant à l'acquis ou à l'inné du premier lien. Il nous dit, notamment, que si la théorie de l'attachement est exacte, le besoin et la recherche d'autrui ne sont pas des résultats d'apprentissage. Des pistes de réflexion, quant à la relation soignant-soigné en psychiatrie, s'ouvrent. Quand nous recherchons à créer des liens avec le patient, ne sommes-nous pas déjà «équilibrés» pour être en relation?

Bolwby et Harlow ont démontré que dans la genèse, la création de lien s'opérait en deux temps. Il y a une d'une part, une création de lien *sur* la seule initiative de l'Enfant mais d'autre part, *dans* un système d'affection. Ce qui conforte l'idée qu'il y a deux temps quand je suis avec le patient: le temps de la reconnaissance ontologique de l'autre comme humain, puis le temps d'habiter le lien et reconnaître l'autre dans son rôle de patient, la relation thérapeutique.

Tous les rapports humains ont une histoire autour du lien: lien familial, lien social, lien amoureux, lien professionnel... Il y a dans notre utilisation quotidienne du mot «lien» un besoin d'expression de notre rapport à l'autre. Le lieu des liens est un séjour pour l'identification et la socialisation de l'être humain. Si je reconnais que mon existence dépend de celles des autres, faut-il que je me préoccupe de l'autre?

Les philosophes débattent depuis longtemps pour savoir si je suis d'abord responsable de moi-même (Descartes, Husserl) avant d'être responsable de l'autre ou si l'autre m'invite toujours à être responsable de lui (Levinas). A

la lecture d'autres philosophes (Arendt, Epicure, Binswanger), nous pouvons sortir du projet individuel premier ou de la responsabilité inconditionnelle que m'impose l'autre pour exister simultanément comme des «êtres» responsables de soi et de l'autre.

Le lien et la responsabilité sont en psychiatrie le lieu de tous les fantasmes. «Le patient est violent parce que nous n'avons pas de lien»/ «je n'arrive pas à voir de lien avec lui donc le soin n'est pas bon». Les textes philosophiques vont m'aider à penser ce qui se passe dans mon rapport à l'autre en dehors de la construction du schéma formel de relation d'aide. Sortir de l'émotion, du psychologique pour retourner dans l'existence première de deux êtres humains dans la relation soignant-soigné. Je me positionnerai dans une vision de l'autre, comme humain en premier lieu, et je parlerai de ce qui nous relie à l'autre indépendamment de notre «habit professionnel».

En relation d'aide, plusieurs auteurs utilisent le terme de «rencontre essentielle», notamment le psychologue américain Carl Rogers. Il dit que la relation d'aide se nourrit de cette rencontre avec l'autre dans une réciprocité créatrice. Cette réciprocité m'interroge comme thérapeute sur ma conception de l'autre et les conséquences auquel m'invite ce rapport.

Je construis l'hypothèse que le lien est quelque part difficile à nommer car il ne peut pas être objectivé. Nous connaissons comment créer un lieu d'affection, sécurisant, comme le nomme Bolwby, facilitant le lien thérapeutique avec le patient mais nous oublions que ce n'est qu'une des conditions à l'existence d'un lien qui permet l'attachement. Néanmoins, l'engagement humain que suscite l'autre chez nous, peut effrayer: des étonnements existentiels qui nous forcent à clarifier ce que nous vivons.

Deuxième extrait

L'homme est responsable de ses choix dira Jean-Paul Sartre en exprimant que «l'existence précède l'essence». Dans son livre *l'existentialisme est un humanisme*, on retrouve sa perception de la responsabilité :

«(...) Et quand nous disons que l'homme est responsable de lui-même, nous ne voulons pas dire que l'homme est responsable de sa stricte individualité, mais qu'il est responsable de tous les hommes.»²

«(...) Quand nous disons que l'homme se choisit, nous entendons que chacun d'entre nous se choisit, mais par là nous voulons dire aussi qu'en se choisissant il choisit tous les hommes.»³

«(...) Ainsi notre responsabilité est beaucoup plus grande que nous ne pourrions le supposer, car elle engage l'humanité entière.»⁴

Sartre parle du choix de l'attitude que l'homme désire face à l'humanité et que s'il opte pour l'humanité, il est responsable par conséquent devant toute l'humanité. La responsabilité de l'homme est alors totale.

Sartre évoque donc une action dans ma responsabilité à l'autre, il nommera celle-ci «l'engagement». Une manière d'être dans le monde à côté des autres.



© Archives Atelier Grand SA

Levinas évoquera l'inconditionnalité de ma responsabilité face à l'autre. Il n'y a pas de choix.

«Dire qu'autrui ne m'apparaît pas comme objet, ne signifie pas seulement que je ne prends pas l'autre homme pour une chose soumise à mes pouvoirs, que je ne le prends pas pour un "quelque chose". C'est affirmer que le rapport même qui, originellement, s'établit entre moi et autrui, entre moi et quelqu'un, ne saurait, à proprement parler, se loger dans un acte de connaissance qui, comme tel, est «prise» et compréhension, investissement d'objets.»⁵

Si on adopte le sens étymologique de la notion de responsabilité: «répondre à x devant y.»⁶

On comprend qu'il y a deux courants:

■ Le premier orienté vers une orientation du «répondre de», mouvement vers une requête.

■ Le deuxième, celui de Levinas, qui dépasse la notion de rapport entre deux individus pour être dans une substitution de l'un à l'autre.

Alexia Stantzos

Rédactrice Journal Source

Chargée de projet à la HECVSanté, Lausanne

¹ Il a suivi l'enseignement de Mélanie Klein.

S'inspirant des travaux de Spitz sur l'hospitalisme, ceux de Harlow sur les jeunes singes Rhésus séparés de leur mère et la découverte de l'«empreinte» par l'éthologie (Konrad Lorenz), Bowlby a montré que le processus d'attachement du petit à une figure maternelle est une part essentielle du tréfonds de l'espèce humaine, aussi bien d'ailleurs que de celui de plusieurs autres espèces.

² SARTRE, J.-P. *L'existentialisme est un humanisme*. Paris: 1996, folio, pages 31-32

³ Ibid, pages 31-32

⁴ Ibid, pages 31-32

⁵ LEVINAS, E. *Hors sujet*. Paris: 1987, éditions Fata Morgana, page 60

⁶ VANNI, M. *L'impatience des réponses*. Paris: 2004, éditions CNRS, page 283

infirmiers diplômés assumons notre responsabilité!

A travers cet article, je ne prétends pas offrir une vision exhaustive et/ou théorique de la question de la responsabilité professionnelle de l'infirmière. Je souhaite plutôt présenter quelques pistes de réflexion qui me tiennent à cœur dans ce domaine. Je vais me permettre même d'être polémiste sur certains aspects.

Mais d'abord, en quoi cette question de la responsabilité infirmière est-elle pertinente, spécialement actuellement?

Avec la tertiarisation de notre profession, et plus encore notre accession au niveau Hautes écoles spécialisées (HES), la société nous reconnaît un niveau de compétences. Cette reconnaissance n'est pas en soi une révolution. Elle est le signe de la transformation progressive et naturelle de notre offre en soins et du développement de nos professionnels pour y répondre. Cependant, et si je caricature, elle est la confirmation du passage du rôle d'assistance de la profession (petite main du médecin) au rôle autonome recherché depuis de longues années, mais difficilement acquis. Or, une telle autonomisation à un prix: la responsabilité à porter par l'agent autonome.

Mais je vous vois déjà réagir: «Nous n'avons pas attendu la tertiarisation de notre métier pour assumer nos responsabilités!»

Bien sûr, depuis longtemps nous assumons nos actes. Cependant, notre profession a-t-elle vraiment déjà fait le saut culturel du passage de la responsabilité des actes à celle de la prise en charge, des choix que cela comporte?

Dans ce cadre, les peurs rencontrées avec l'arrivée des infirmières HES et des Assistantes en

soins et santé communautaire (ASSC) ne seraient-elle pas un signe de nos craintes de devoir assumer nos responsabilités? Nous entendons souvent dire que ces nouvelles diplômées ne savent rien faire, mais n'est-ce pas d'actes dont il est alors question? Et ne sont-elles pas formées à d'autres choses? A l'inverse, le Certificat fédéral de capacité d'ASSC n'a-t-il pas été créé pour offrir un cadre restreint d'activités à un personnel d'assistance où l'essentiel qui leur sera demandé reviendra à l'exécution de tâches déléguées par l'infirmière (et d'ailleurs pas que par elle, à terme, j'espère)?

Nous, anciens diplômés (voire très anciens au rythme des changements des systèmes de formation), devons pour une part effectuer ce changement culturel sans formation. Nous devons renforcer des compétences, voire en développer de nouvelles, et avec quel soutien, quel support? Bien sûr la pratique professionnelle, l'expérience nous aident. Mais, est-ce suffisant? Au-delà de la responsabilité individuelle, celle de l'encadrement, celle des institutions est ici en jeu.

Ce qui est certain de mon point de vue, c'est que si nous voulons nous cacher derrière les médecins, en termes de responsabilité, alors nous coûterons trop cher pour le service rendu et nous ouvrirons la porte toute grande à notre remplacement par des ASSC.

Mais assumer notre rôle dans ce nouveau cadre, cela veut également dire porter la responsabilité des actes que nous déléguons ou que nous supervisons. Si nous en avons déjà l'habitude avec nos aides infirmières (ou tout titre que nous leur donnions), cette délégation prend une importance accrue du fait de la multiplication des acteurs de niveaux de formation variés qui se trouvent dorénavant sous notre responsabilité. Quels moyens avons-nous mis en place dans les lieux de pratique pour assister les infirmières dans ce rôle de chef d'équipe? Les institutions définissent-elles de manière suffisamment explicite les cahiers des charges pour qu'ils représentent de véritables aides à la décision.

Souvent il est demandé que l'Association professionnelle ou les pouvoirs publics créent des listes d'actes autorisés. Ce modèle, bien connu par exemple en France, me paraît être une fausse bonne idée. Il permet principalement aux professionnels de se réfugier derrière une décision administrative au lieu de devoir garantir une prise de décision adaptée à la situation. Une telle liste renforce l'idée que l'offre infirmière n'est faite que de gestes appliqués sans réflexion (et alors, pourquoi des diplômes plutôt que des CFC!). Elle ne garantit pas non plus une utilisation rationnelle des ressources humaines disponibles. Elle restreint beaucoup l'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation et de répartition du travail.

Assumons donc, et même plus, prouvons que nous pouvons développer de nouvelles formes d'activités infirmières à valeur ajoutée pour la société. Le «gatekeeping» infirmier est, par exemple, une voie qui me semble prometteuse. Promouvoir ces nouveaux rôles infirmiers en faisant la preuve de la plus-value pour la société (et non dans un seul esprit corporatiste) est de la responsabilité de la profession et donc de son Association.

Ces nouvelles formes de pratique professionnelle me permettent d'enchaîner sur un autre type de responsabilité: la responsabilité collective de la profession.

Dans une société où les rapports humains tendent à se durcir, où les problèmes d'intégration sont en permanence sur le devant de la scène, où l'équité dans le droit au soin est remis en question, une profession de l'humain comme la nôtre se doit de réagir. «Le respect de la dignité de l'individu et du caractère unique de la vie sont au centre de toutes les activités infirmières» déclarait l'Association suisse des infirmières et des infirmiers (ASI) en 1990 dans ses «Principes éthiques pour les soins infirmiers». Si la formulation a peut-être un petit côté vieillot, il n'en reste pas moins que cette déclaration conduit encore notre éthique. Et elle entraîne une res-

ponsabilité morale pour l'Association professionnelle de s'engager dans le débat politique sur des sujets en marge des soins.

Peut-on par exemple accepter qu'un article de la Révision de la Loi sur les Etrangers (le 116) rende punissable toute forme d'aide à des étrangers sans permis, sans que, comme dans l'ancienne loi, un motif honorable puisse être évoqué?

Il est de la responsabilité de l'ASI de soulever de tels risques de dérive législative, d'y rendre attentifs les politiques, les professionnels, comme la population. Mais là s'arrête la responsabilité du groupe. C'est alors aux individus citoyens d'assumer leur part.

En conclusion, que nous nous situions au niveau individuel et professionnel, au niveau collectif associatif, au niveau institutionnel, au niveau citoyen, vivre sa profession c'est exercer sa responsabilité. Ce n'est en soi pas une mince affaire. Cependant, nous, spécialistes des soins infirmiers (au sens HES) avons une chance majeure en regard d'autres groupes. Notre profession a développé depuis des décennies une riche conception éthique qui nous accompagne. Elle nous permet d'enrichir notre action par une approche morale. Alors, vivons notre profession et assumons notre part: soyons responsables!

Pierre Théraulaz, président ASI

Septembre 2006



une histoire d'engagement...

J'étais en début de troisième année, lorsque j'ai ressenti le besoin de m'engager plus directement dans ma formation. J'avais une vague idée de ce que je voulais faire, mais je ne savais pas comment m'y prendre pour y parvenir. Mon but était de faire un stage supplémentaire durant ma formation d'infirmière, qui n'en compte que huit durant quatre ans. Je savais qu'il était possible de remplacer certains cours à option de fin d'année par un projet personnel, qui porte le nom de projet indépendant. J'ai donc pris contact avec la responsable des projets indépendants de l'école. Suite à notre rencontre j'ai choisi un thème et l'outil correspondant pour le développer (à savoir un stage). Si les consignes se précisaient d'un autre côté mon projet devenait plus flou.

Je devais développer un thème... alors pourquoi ne pas penser déjà au futur, et donc utiliser ce stage pour accroître mes connaissances sur un thème qui puisse me servir ultérieurement. J'ai donc choisi une thématique inhérente au mémoire de fin d'études. Ainsi je me suis engagée à développer le thème de l'allaitement maternel.

J'ai trouvé une place de stage dans une maternité de Suisse romande. Comme l'équipe ne connaissait pas ce type de projet, j'ai dû leur expliquer que j'étais là non pas pour m'intéresser au rôle propre de l'infirmière, mais que j'avais choisi un thème que ce stage me permettrait de développer. Tout le monde a été très surpris de ma démarche car c'était une première ! Chaque professionnel m'a proposé une piste pour développer mon sujet : tel livre à lire, telle personne à rencontrer, telle vidéo à voir, etc. J'ai apprécié leur

accueil, leur ouverture et leur implication dans mon projet.

J'ai dû moi-même choisir mes horaires, gérer mon temps entre le terrain de stage, les lectures, les rencontres et la mise en mot de ma recherche. La liberté qui s'offrait tout à coup à moi me donna le vertige. C'était la première fois que je ressentais que j'avais l'entière responsabilité de ma formation.

Le premier jour, mon sujet s'avérait imprécis. Au fil de mes lectures, de mes discussions, je me suis concentrée sur la prise de décision. Les questions suivantes m'ont guidées tout au long de ma démarche.

Quand a lieu la décision de l'allaitement ?
Qui prend cette décision ?

Les professionnels de la santé ont-ils un rôle à jouer ? Lequel ?

Quelles informations les parents reçoivent-ils ?
Quelles sont les femmes qui allaitent ?



Petit à petit tout s'est mis en place. Tous les matins je me rendais à la maternité pour rencontrer les parents et les professionnels; cette période était propice aux rencontres puisque à ce moment de la journée les mamans avaient le moins de visites, il y avait toujours une personne disponible pour me raconter son histoire. J'ai aussi rencontré plusieurs femmes qui étaient admises à l'hôpital pour provoquer leur accouchement. Une fois leurs contrôles exécutés, elles étaient contentes de me rencontrer et de me parler.

Le reste de mon temps était consacré à la lecture d'ouvrages, à discuter avec les professionnels de la santé concernés, c'est-à-dire avec les sages-femmes, les nurses, les infirmières, les assistants et les médecins.

Mon stage s'est très bien déroulé

Durant mon stage, j'ai rencontré des femmes qui avaient déjà eu l'occasion de donner le sein à leur enfant, d'autres pas. Je me suis entretenue avec toutes celles qui le voulaient; nos discussions se passaient de la manière suivante, je me présentais et leur expliquais le but de ma démarche. C'est-à-dire de développer le thème de l'allaitement maternel sous un angle très large, dans le but d'avoir une base d'informations qui me permettraient de spécifier ma recherche pour mon mémoire de fin d'étude. Pour ce projet, je me suis uniquement entretenue avec des femmes qui allaitaient leur bébé au sein ou qui avaient l'intention de le faire. Toutes ont accepté de partager leur histoire avec moi.

Enrichie de toutes les rencontres, de tout ce que j'ai appris des expériences des mères primipares ou multipares, j'ai réalisé quels étaient les besoins des mères vis-à-vis de l'allaitement de leur enfant. J'ai réalisé combien le rôle du soignant est fondamental dans l'accompagnement d'une maman qui vit pour la première fois son rôle de mère nourricière. J'ai compris



© Archives Atelier Grand SA

qu'il est essentiel que la sage-femme, l'infirmière... s'engagent à laisser le choix à la mère, d'allaiter ou de ne pas allaiter son enfant.

En ce qui me concerne ce projet m'a permis de gérer ma formation de manière autonome, de m'initier à la prise de décisions, à assumer mes responsabilités.

Le but de ce projet était de me familiariser avec l'allaitement, de confronter mes lectures avec la pratique, d'observer le rôle des professionnels de la santé et de m'entretenir avec les mères concernant ce thème. Premièrement, c'est par mon intérêt à vouloir prendre ma formation en main que j'ai décidé de prendre cette initiative. Ensuite, je me suis engagée à choisir un thème qui allait non seulement me servir à mener à bien mon projet, mais qui allait également m'aider à spécifier mon terrain de recherche pour le travail final de mes études d'infirmière. Concrètement, dans le service c'est moi qui décidais de mes horaires, du plan de mes journées. Pour la première fois, j'avais l'entière responsabilité du bon déroulement (ou non) d'un stage. Les résultats ne dépendaient que de moi. Tout ceci n'a pas toujours été facile notamment pour trouver ma place au sein de l'équipe, ou pour me positionner auprès des mamans. Cette expérience m'a aidée pour la suite de mon parcours de formation notamment pour mon mémoire de fin d'études, lors duquel j'ai à nouveau pu expérimenter le rôle de «chercheuse» en plus de celui de «soignante».

Cyndi Arribas

Volée HES automne 02

responsabilité du praticien-formateur

Mon activité de praticienne formatrice à l'hôpital de Lavaux

Actuellement, je travaille à l'Hôpital de Lavaux à Cully qui accueille des étudiants en soins infirmiers dans quatre unités de soins qui sont:

- Deux unités de médecine et réadaptation (CTR) 36 lits au total.
- Un établissement médico social (EMS) de 36 lits.
- Une unité de soins palliatifs de 6 lits.

L'Hôpital de Lavaux étant signataire de la convention sur la formation pratique HES-S2, l'institution se doit d'avoir un praticien formateur.

Depuis le mois de janvier 2005, j'occupe le poste de Praticienne Formatrice pour l'encadrement des étudiants de la filière infirmière. Jusqu'à cette date, le suivi des étudiants en soins infirmiers n'était pas vraiment structuré, il existait des infirmières de référence sélectionnées selon leurs intérêts personnels et selon les compétences professionnelles liées à cette fonction.

Aujourd'hui, je suis la seule Praticienne Formatrice pour quatre unités de soins ce qui implique que lors des périodes de formation pratique il m'arrive d'avoir jusqu'à cinq étudiants en stage au même moment.

Je dispose actuellement d'une demi-journée par semaine par étudiant à leur encadrement. C'est pourquoi dans les différents services il y a toujours une ou deux infirmières de référence par étudiant.

Ma responsabilité en qualité de praticienne formatrice?

Ma responsabilité en qualité de Praticienne Formatrice est d'assurer la formation pratique de l'étudiant conformément aux termes et objectifs définis sur l'organisation de la formation pratique et du contrat tripartite.

1. Liées à l'étudiant

Lors de son arrivée dans l'institution l'étudiant bénéficie d'une matinée d'accueil qui me permet de lui présenter l'établissement d'un point de vue organisationnel et les différentes missions.

Je lui présente également l'organisation de son d'apprentissage au sein de l'institution, en tenant compte de son plan de formation, son rythme d'apprentissage.



Pour ce faire je lui demande de remplir un document intitulé bilan de début de formation qui va me permettre de découvrir où il se situe dans sa formation, quelles sont ses expériences et ses attentes.

Durant cette matinée nous abordons également son contrat tripartite qui peut être revu en fonction des éléments qui lui manquaient avant d'arriver en stage.

Tout au long de sa formation pratique je vais suivre, évaluer les activités et la progression de l'étudiant en l'accompagnant au lit du patient ainsi que dans la construction du sens à donner aux expériences vécues.

Etant donné que je ne dispose que d'une demi-journée par semaine il est primordial de partager mes impressions concernant mon accompagnement auprès de l'équipe soignante du service dans lequel l'étudiant se trouve. Ce partage se fait sous forme orale en présence de l'étudiant et sous forme écrite par un compte-rendu des activités effectuées avec l'étudiant.

Au terme du stage je vais évaluer et valider ce temps de formation pratique, pour effectuer cette évaluation; je suis accompagnée par l'infirmière de référence ainsi que par l'étudiant.

2. Liées à l'institution

Par rapport à l'institution je vais devoir respecter les accords et les conventions établies entre l'Hôpital de Lavaux et les sites de formation.

Intégrer l'étudiant dans l'équipe professionnelle en lui demandant de se présenter et d'exposer ses objectifs d'apprentissage.

Je suis également attentive à ce que son statut d'étudiant soit respecté et que les conditions d'apprentissage soient optimales.

Cela signifie que les horaires soient respectés, que les situations de soins qui lui seront attri-



© Archives Atelier Grand SA

buées soient en lien avec son niveau de formation et ses objectifs d'apprentissage, que son encadrement par l'équipe soit adéquat c'est-à-dire que l'étudiant ne soit pas laissé à lui-même malgré la charge de travail importante rencontrée dans les services.

Je dois également tenir informées mes collègues des dernières nouvelles inhérentes à la formation, des spécificités des sites de formations, des changements concernant l'organisation de la formation qui amène les étudiants à un Bachelor. Ces échanges sont importants car à l'heure actuelle il est encore difficile pour les soignants de ne pas se perdre dans les diverses formations (infirmière HES, Bachelor, ASSC, passerelle infirmière assistante à infirmière niveau 1)

3. Liées aux sites de formation

A ce niveau ma responsabilité est de collaborer avec les formateurs des sites.

C'est-à-dire de prendre contact avec eux pour la signature du contrat tripartite, de les informer des activités proposées à l'étudiant dans le cadre de l'institution, de les informer de la situation particulière d'un étudiant en difficulté ou d'une situation d'équipe en crise qui pourrait empêcher la progression de l'étudiant.

Conclusion

Ma responsabilité en tant que praticienne formatrice est d'être le garant du respect du cadre du dispositif de formation pratique de l'étudiant et de la qualité de ses prestations.

Pour cela je dois veiller à :

- L'organisation du contexte de travail dans lequel va évoluer l'étudiant.
- Mettre en place un cadre pédagogique et d'activités.
- Evaluer la progression de l'étudiant.
- Diffuser les informations nécessaires concernant la formation infirmière auprès des équipes afin qu'ils puissent s'engager dans l'encadrement des étudiants.
- Impliquer l'équipe de professionnels dans le projet de l'étudiant et inciter l'étudiant à intéresser l'équipe à son projet professionnel.

- Collaborer avec les formateurs des sites de formation.

Au début de ma prise de fonction en tant que Praticienne Formatrice je ne me suis pas rendu compte de la somme des responsabilités pour accomplir cette tâche d'encadrement.

Au fil des mois j'ai pu l'affiner par les diverses expériences vécues avec les étudiants, par l'appui des formateurs des sites de formation. Dans le cadre de ma formation post-grade de Praticien Formateur j'ai réfléchi, reconsidéré ma façon de faire, d'être avec les étudiants et les équipes de professionnels afin de répondre totalement aux responsabilités qui m'incombent.

Chantal Barman
Praticienne Formatrice
Hôpital de Lavaux
Cully



Et si vous optiez pour une assurance
qui vous voit comme vous êtes ?

www.vaudoise.ch



Différents, parce que vous l'êtes aussi.

répondre de... du point de vue juridique

La responsabilité peut être appréhendée de différentes façons, par exemple sur le plan de la morale, de la philosophie ou encore de l'éthique. Elle peut aussi être envisagée d'un point de vue professionnel, dans le sens qu'un soignant peut avoir une autonomie plus ou moins importante dans l'exécution de son travail en fonction des compétences acquises pendant sa formation. Mais la responsabilité a également plusieurs significations sur le plan juridique. Le droit retient en effet que les auteurs de certains actes devront assumer les conséquences qu'il prévoit. Ainsi, un professionnel de la santé peut être amené à répondre de diverses façons d'un comportement que le droit estime inadéquat. Le présent article passera très succinctement en revue ces différentes sortes de responsabilités, qui visent des buts distincts, en les illustrant avec quelques affaires récemment traitées par le Tribunal fédéral.

La responsabilité civile

La responsabilité civile sert à indemniser, en principe financièrement, le préjudice qu'une personne cause à une autre de manière contraire au droit. En quelque sorte, elle sert à remettre le lésé dans la situation dans laquelle il aurait été si l'évènement dommageable provoqué par autrui n'était pas survenu. Elle n'intervient pas spontanément: pour qu'elle puisse être engagée, il appartient au lésé de faire valoir ses droits, le cas échéant au moyen d'une action en justice.

Les soignants peuvent encourir différents types de responsabilité civile en raison de leurs actes professionnels selon qu'ils travaillent dans un établissement de soins public ou reconnu d'in-

térêt public ou dans un cadre privé, comme un cabinet ou une clinique privée. En simplifiant à l'extrême, ces différentes responsabilités peuvent être engagées pour autant que trois conditions soient remplies: le soignant a eu un comportement inadéquat, le patient a subi un préjudice (un dommage), il existe un lien de causalité entre ce dernier et l'acte du soignant.

Les professionnels de la santé sont tenus d'entreprendre tout ce qui est nécessaire dans l'intérêt de leurs patients, sans pour autant pouvoir garantir la guérison de ces derniers. On ne peut donc heureusement pas les rendre responsables de tout échec thérapeutique! Pour déterminer si le comportement d'un soignant peut engager sa responsabilité, il faut le comparer avec celui qu'aurait adopté dans les mêmes circonstances un professionnel de la même catégorie normalement diligent, prudent et consciencieux. Un soignant peut ainsi engager sa responsabilité s'il a violé les règles de l'art (soit les principes généralement reconnus par la science médicale et largement appliqués par les professionnels de la santé) lors du diagnostic, du choix du traitement ou de l'exécution de ce dernier. A certaines conditions, un soignant peut aussi engager sa responsabilité pour ne pas avoir respecté le principe du consentement éclairé du patient. En effet, un



traitement entrepris sans ce dernier est contraire au droit. Cela peut ainsi entraîner la responsabilité du soignant pour toute lésion découlant de ce traitement, même exécuté correctement.

Le comportement du soignant doit avoir provoqué un préjudice, qui correspond à une diminution involontaire des biens du patient. Il peut s'agir de toutes les dépenses supplémentaires engendrées par ce comportement (hospitalisation prolongée, nouveau traitement, etc.) ainsi que du manque à gagner subi par le patient (par exemple une perte de salaire). Le préjudice peut aussi être immatériel, lorsque le patient subit une diminution de son bien-être en raison de l'acte du soignant (souffrances physiques ou morales). On parle alors de «tort moral». Précisons que le dommage causé à un patient peut s'élever à plusieurs centaines de milliers, voire des millions de francs, dans les cas les plus importants.

Enfin, un professionnel de la santé ne peut être tenu pour responsable d'un préjudice causé à un patient que s'il existe un lien de causalité entre ce dernier et son acte. En d'autres termes, le comportement inadéquat doit être à l'origine du dommage, mais doit aussi être de nature à provoquer un dommage du genre de celui qui s'est produit.

En dernier lieu, précisons que le soignant reconnu responsable d'un dommage ne devra pas forcément et dans tous les cas dédommager directement le patient. En effet et dans le cadre de la responsabilité de droit public, il appartient en principe à l'Etat (le canton) d'indemniser les préjudices causés par ses agents. Selon la gravité du cas, l'Etat pourra ensuite se retourner contre le soignant qui est à l'origine de cette indemnisation. En droit privé et selon les situations, il existe également des règles qui permettent de faire endosser la responsabilité



© Archives Atelier Grand SA

d'un soignant à son «employeur», c'est-à-dire la personne sous les ordres et la supervision de laquelle ce soignant travaille, qui pourra aussi, selon les cas, se retourner contre son «auxiliaire».

Parmi ses jugements en matière de responsabilité civile des soignants, le Tribunal fédéral en a rendu un particulièrement intéressant sur le thème du dommage en décembre 2005 (arrêt 4C.178/2005, paru aux ATF 132 III 359). Une femme qui avait un enfant, et en attendait un second, a souhaité procéder à une stérilisation à l'occasion de son accouchement, déjà prévu par césarienne. La situation financière de son couple ne permettait en effet pas d'envisager des grossesses ultérieures. Le médecin chargé de l'intervention a toutefois omis de ligaturer les trompes lors de la venue au monde du deuxième enfant. Et quelque temps après, la femme est tombée enceinte pour la troisième fois... Elle a alors réclamé à l'hôpital valaisan qui employait le médecin les frais engendrés par cette nouvelle grossesse et ses suites. La justice a retenu que le praticien avait commis une erreur professionnelle en ne procédant pas à la stérilisation. Par conséquent, l'hôpital a dû prendre en charge les frais médicaux et la perte

de gain liés à la grossesse non désirée et la naissance (soit plus de 100'000 francs). Mais l'établissement a aussi été condamné à rembourser - et cela peut paraître surprenant! - les frais d'entretien de la fillette jusqu'à sa majorité, estimés à 85'000 francs. De prime abord, ce jugement peut donner l'impression que l'enfant a été considéré comme un dommage, ce qui peut sembler choquant à certains. En fait, le tribunal a estimé que c'est l'obligation légale d'entretien que les parents ont vis-à-vis de leurs enfants qui constituait le préjudice. Autrement dit, ce n'est pas la simple existence de la fillette qui a été indemnisée, mais les dépenses qu'elle entraînera et qui n'étaient pas prévues pour les parents. Et qui auraient précisément pu être évitées si le médecin avait correctement exécuté son intervention.

La responsabilité pénale

La responsabilité pénale tend à punir et à amender les personnes qui ont eu des comportements portant atteinte, ou mettant en danger des biens juridiquement protégés comme la vie, l'intégrité physique et psychique, la propriété, etc. Selon la gravité du cas, elle peut intervenir même sans que la victime de ces comportements n'ait déposé une plainte. La sanction (par exemple une peine privative de liberté ou une amende) est prononcée par un tribunal pénal, pour autant que le comportement en cause soit constitutif d'une infraction prévue par le droit comme l'homicide, les lésions corporelles, l'omission de porter secours, la violation du secret professionnel, etc. En principe, la responsabilité pénale est encourue par la seule personne ayant commis l'acte réprimé par le droit.

Si un acte médical (ou une omission!), même pratiqué correctement, lèse l'intégrité physique du patient ou conduit à son décès, cela constitue en principe une infraction de lésions corporelles ou d'homicide. Pour que le profes-

sionnel de la santé soit punissable sur le plan pénal, il est toutefois encore nécessaire de démontrer qu'il a agi avec négligence, voire intentionnellement. Dans un jugement rendu en novembre 2003 (arrêt 6S.127/2003, paru aux ATF 130 IV 7), le Tribunal fédéral a par exemple confirmé la condamnation d'un médecin-assistant d'un hôpital schwytois à une amende de 2000 francs pour lésions corporelles graves par négligence. On lui reprochait de ne pas avoir diagnostiqué une importante hémorragie cérébrale ayant entraîné une invalidité permanente chez un jeune homme qui avait eu un accident de planche à roulette.

En fonction de toutes les circonstances du cas, que nous ne détaillerons pas ici, le tribunal a estimé que pour poser son diagnostic, le médecin-assistant n'avait pas fait preuve de toute la diligence que l'on pouvait attendre de lui. Il a en particulier violé son devoir de prudence: alors que ses premières investigations avaient donné un résultat négatif, le médecin-assistant a établi le déroulement de l'accident à la légère, ce qui a eu pour conséquence qu'il a minimisé les effets possibles de la chute sur son patient. Il n'a ainsi pas demandé l'avis d'un chirurgien, ni fait d'autres examens et n'a pas non plus mis le blessé en observation. Le médecin-assistant a laissé repartir ce dernier à la maison. Mais le skater a dû être transporté peu après en urgence à l'hôpital, où un traumatisme crânien avec une importante hémorragie cérébrale ont été diagnostiqués. Les suites de ces blessures auraient pu être moins graves si la prise en charge du patient avait été immédiatement et correctement effectuée. La punition de lésions corporelles graves par négligence suppose que leur auteur ait violé un devoir de prudence; or, au moment des faits, le médecin-assistant aurait pu et dû, compte tenu de toutes les circonstances, se rendre compte de la mise en danger de la santé de son patient. Le tribunal a considéré qu'il a pris un risque inadmissible, ce qui justifie sa condamnation.

La responsabilité administrative ou disciplinaire

Cette responsabilité est envisagée dans un but de protection générale des patients et sert aussi à sauvegarder le bon renom des professions de la santé. Elle fait encourir des sanctions professionnelles d'ordre administratif (avertissement, blâme, retrait ou suspension de l'autorisation de pratiquer, voire des amendes de caractère administratif) en raison d'un comportement potentiellement dangereux pour les patients, et plus largement en cas de non respect des devoirs que le droit impose aux professionnels de la santé. Ces derniers sont en effet soumis à la surveillance des autorités sanitaires, qui veillent à ce que les personnes prenant en charge des patients le fassent en respectant les droits de ces derniers ainsi que leurs obligations professionnelles. D'office, ou sur dénonciation d'un patient ou d'un tiers, ces autorités vont vérifier si le professionnel de la santé a ou non adopté un comportement inadéquat et, le cas échéant, prononcer des sanctions d'ordre administratif. Ces dernières ne visent pas au premier chef à punir ceux qui en font l'objet, mais tendent plutôt à les amener à avoir un comportement conforme aux exigences de leur profession.

Le 7 décembre 2005, le Tribunal fédéral (arrêt 2P.105/2005) a par exemple confirmé une décision du département neuchâtelois en charge de la santé, qui a suspendu pendant 4 mois le droit de pratiquer d'un médecin. Ce dernier avait pratiqué des attouchements sur le sexe et la poitrine de six patientes; il a expliqué que ces gestes ne comportaient pas de connotation sexuelle, mais intervenaient dans une approche inspirée de la médecine chinoise traditionnelle impliquant l'imposition des mains sur certaines parties du corps. Le médecin n'a pas été condamné sur le plan pénal, car la connotation sexuelle de son comportement n'avait pas pu être suffisamment établie. En revanche, ses pratiques avaient choqué certaines de ses patientes, ce qui



© Archives Atelier Grand SA

démontre qu'il ne leur avait pas expliqué suffisamment le sens de sa façon de procéder, et de s'assurer ainsi de leur consentement à cette thérapie «particulière». Or, dans la mesure où recueillir le consentement des patients avant d'effectuer tout acte médical fait assurément partie des devoirs professionnels des soignants, le prononcé d'une sanction pour non-respect de cette obligation était justifié dans ce cas.

En matière de rapports de travail

En dernier lieu, il n'est pas inutile de préciser que les agissements incorrects d'un professionnel de la santé peuvent aussi avoir des conséquences en matière de rapports de travail. Certains actes sont en effet susceptibles de détruire le lien de confiance qui doit exister entre un employé et son employeur, ou démontrent que l'employé n'est plus à même d'exécuter les tâches qui lui sont confiées, ce qui peut justifier qu'il soit mis fin aux rapports de travail, dans les cas les plus graves avec effet immédiat.

Dans un arrêt du 31 août 2005 (2P.163/2005), le Tribunal fédéral a ainsi admis que la Ville de Lausanne était légitimée à licencier de suite un ambulancier qui avait refusé d'apporter

son secours sur les lieux d'un sauvetage quelques minutes après la fin de son service, alors qu'il se trouvait encore dans les proches environs. Un mois plus tard, l'ambulancier avait également tergiversé avant de prendre le relais d'un de ses collègues qui montrait des signes de fatigue après avoir effectué un long massage cardiaque; de surcroît, les compressions thoraciques qu'il a pratiquées de mauvaise grâce étaient dénuées de puissance, donc d'efficacité, bien que le médecin arrivé sur place lui ait demandé d'améliorer la qualité de son massage. Le Tribunal fédéral a considéré que ces actes étaient particulièrement graves, car ils auraient pu conduire au décès des personnes que l'ambulancier aurait dû secourir. Même si son comportement n'a pas directement porté préjudice aux patients concernés, l'ambulancier a démontré qu'il n'était objectivement plus en mesure d'exercer la fonction pour laquelle il avait été engagé, de sorte que son employeur était en droit de le licencier avec effet immédiat.

En guise de conclusion

Les conséquences de certains actes et omissions professionnels peuvent s'avérer relativement lourdes sur le plan juridique. Surtout dans la mesure où un même comportement inadéquat peut, selon les circonstances, donner simultanément naissance aux trois types de responsabilité susmentionnés et avoir des répercussions en matière de rapports de travail.

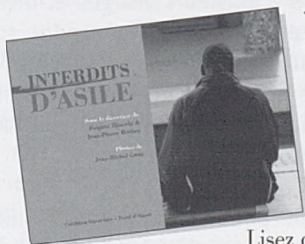
Certes, seuls les cas les plus graves sont susceptibles d'avoir les suites les plus fâcheuses, il ne s'agit donc pas de peindre le diable sur la muraille! En revanche, rappeler à un professionnel de la santé les conséquences possibles de ses actes permettra peut être de le responsabiliser encore plus dans sa pratique quotidienne.

Nathalie Brunner

Collaboratrice scientifique à l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel
Titulaire du brevet d'avocat.

EDITIONS OUVERTURE

Diffusion Ouverture, CP 13, 1052 Le Mont, Tél. 021 652 16 77, Fax 021 652 99 02, Courriel: ouverture@bluewin.ch



«En latin, NEMO veut dire «personne». Accepter que l'on crée une catégorie de **NEM** (non-entrée en matière) revient à admettre que l'on crée des **êtres qui ne sont même pas des personnes**.

Cela est indigne d'un Etat de droit, aussi bien démocratique que civilisé. Bien plus, cela est contraire aux principes fondamentaux qui régissent notre système politique: la Constitution fédérale définit un certain nombre de droits fondamentaux qui sont tous violés par ces dispositions créant les **NEM**.

Lisez donc ce livre en essayant de vivre et de sentir, dans votre propre intimité, les réalités décrites par des spécialistes, engagés sur le terrain et confrontés tous les jours à la misère des réfugiés et des **NEM**. Faites-le lire à vos amis et connaissances: c'est un acte de salut public, de défense des plus pauvres parmi nous, mais également de défense de nos Institutions démocratiques.»

François Couchevin

Ancien chancelier de la Confédération

En coédition avec **Point d'Appui**

Un livre de 152 pages au format 16,5 x 22 cm, tout en couleurs. **Prix de lancement jusqu'au 30 novembre 2006: Fr. 20.- / après Fr. 29.-.** Forfait unique par expédition quel que soit le nombre d'exemplaires commandés: Fr. 6.-.

la responsabilité citée par quelques étudiants

Être responsable, selon moi c'est avoir la pleine conscience des conséquences possibles de ces actes. Dans notre cadre professionnel nous avons souvent à faire face à beaucoup de responsabilités, il est important d'être présent à ce que l'on fait afin d'en être à la hauteur et de ne pas se laisser déresponsabiliser par un ordre médical par exemple. Être responsable est donc pour moi un engagement de tous les instants inévitable en tant qu'infirmier.

Les responsabilités sont souvent perçues comme un fardeau, mais personnellement je les considère comme une marque de confiance de la part de mes collègues envers mes compétences. J'en suis donc fier.

Frédéric Brot
Volée HES automne 03

S'engager dans quelque chose en tenant compte des tenants et des aboutissants que cette même chose implique. Manière de s'impliquer dans une tâche, un projet, etc. basée sur une promesse explicite de réalisation de cette même tâche ou projet.

Noémie Bovey
Volée HES automne 04

Savoir anticiper les événements, des réactions. S'investir, dans le temps, dans ses réflexions et émotions.

Guillaume Barrelet
Volée HES automne 04.

Assumer ses engagements, avoir de la maturité. Aller jusqu'au bout, avoir confiance en soi, cerner les priorités, assurer la justice et le respect.

Laurianne Drewniak
Volée HES automne 04

Assumer ses actes, ses choix, aller jusqu'au bout de ses engagements. S'investir, considérer les choses avec sérieux, respecter les délais, les personnes envers qui l'on prend un engagement.

Sarah Chevalley
Volée HES automne 04

Etre responsable de soi-même et de ceux et de ce qui m'entourent, de mon regard, de ma parole, de mes gestes, de mes actes. Prendre conscience de la relation que j'engage envers un sujet.

Igor Gjorgjevski
Volée HES automne 04

La responsabilité a plusieurs visages et interprétations. Cette complexité va rendre son application multiple et diverse d'après le contexte où elle est mise à contribution. Tout d'abord, pour qu'il y ait responsabilité, il faut avoir une relation entre deux sujets

La responsabilité peut nous valoriser nous devons l'assumer dans n'importe quelle circonstance.

A notre époque nous sommes responsables de tout, de notre vie, notre santé, notre travail, nos études, nos loisirs, etc. Ces responsabilités englobent les rapports que nous entretenons avec l'environnement extérieur. Elles peuvent

avoir des conséquences très fâcheuses si elles ne sont pas respectées. Elles sont toutefois nécessaires pour réguler l'agir humain dans notre société.

Se positionner en tant que professionnel et répondre de nos actes, assister aux cours ainsi qu'étudier en suffisance, vont nous être nécessaires pour nous responsabiliser envers nos actes, nos attitudes, pour réussir nos examens ainsi que pour mobiliser nos connaissances durant les stages, afin d'être le plus responsable possible.

Le rôle autonome de notre profession suppose une responsabilité donc la capacité aux professionnels de la prendre en main pour pouvoir la défendre et la conserver.

Julien Thiemard

Volée HES automne 04

L'engagement en tant qu'étudiant ou professionnel de la santé consiste à être capable de se positionner en fonction de son idéologie des soins. C'est-à-dire qu'il appartient à chacun d'entre nous d'exprimer son opinion lorsque notre éthique des soins est touchée.

L'engagement consiste également à défendre des valeurs de soins auprès d'autres professionnels mais aussi auprès du grand public.

La responsabilité consiste à faire reconnaître la profession d'infirmière en mettant en lumière les différents aspects qui la caractérisent et de démontrer par ce biais toute sa complexité.

Une des responsabilités étudiante est de rechercher, de trouver, au fil des 4 ans, quel professionnel nous souhaitons devenir et de découvrir quelles causes nous passionnent afin de les défendre lorsque la vie professionnelle nous accueillera.

Enfin de manière plus générale concernant le sujet de l'engagement et de la responsabilité, il me semble capital de s'interroger régulièrement sur les soins que nous offrons. Pour cela, je crois que se poser simplement la question *quelles seraient mes émotions ou sentiments si j'étais à la place du patient ou de sa famille?* est une ressource extraordinaire dans la pratique quotidienne des soins.

Stéphanie Affolter

Volée HES automne 02

Qu'est-ce que l'engagement et comment est-il lié à la responsabilité?

Il y a différents types d'engagements: familial, sentimental, moral, spirituel, légal, socio-politique, professionnel... qui touchent chacun d'entre nous, de telle façon que personne n'est libre de tout engagement.

L'engagement est par son essence même une promesse à autrui ou à soi-même, qui se présente sous la forme écrite, oral ou tacite, dans le but d'atteindre un objectif donné. Ce lien peut-être néanmoins parfois rompu sans que le(s) résultat(s) soi(en)t obtenu(s).

De plus, tout engagement comporte des responsabilités à endosser et porte à conséquence, aussi bien pour autrui que pour soi-même. Il ne se fait jamais sans prise de risques, c'est pourquoi il est primordial que chacun connaisse ses limites, car s'engager ne peut se faire à la légère. Tout le monde connaît la célèbre phrase «Engagez-vous qu'ils disaient, engagez-vous! ¹». En effet, c'est une tâche qui n'est pas toujours aisée, étant donnée l'implication personnelle qu'elle demande.

Mireille Chevalley, Béatrice Dössegger

et **Valérie Mermillod**

volée HES automne 02.

¹ Pour ceux qui ignoreraient l'origine de cette phrase, veuillez lire un album d'Astérix et Obélix...

1996 – cent ans – 2006

«Un beau soir, l'avenir s'appelle le passé. C'est alors qu'on se retourne et qu'on voit sa jeunesse.»

Aragon

Souffler cent bougies, c'est l'effet d'un Sirocco
Et toute cette cire prend la place du gâteau!
Mais qu'importe, la tradition veut un cadeau
Par le Préfet et son huissier en grand manteau.

Fauteuil ou pendule, c'est au choix du centenaire
A lui seul de déterminer ce qu'il préfère.
Bien planté entre ses accoudoirs, notre fauteuil,
Les coussins doux, bien gonflés, tente notre aïeul.
Immobilisme et somnolence, belle tentation!
Et quel risque d'anesthésier toute envie d'action!

Quant à la pendule, elle hoche du balancier
Et marque le temps immuable tel un sablier.
Savoir ce temps compté, c'est pas drôle en effet
Alors laissez tout cela Monsieur le Préfet.

Notre Association a envie d'un avenir
Elle doit accepter de voir ses amies partir
Aider les aînées, soutenir les étudiants,
Faire du marketing pour garder ses adhérents.
Activités de l'esprit, plaisirs partagés,
Voyages, sorties et cette forte solidarité,
Source principale de notre vitalité.

Fauteuil, pendule, ne sont donc pas d'actualité!

MERCİ

Aux aînées qui ont bâti cette association
Dans un bel élan de vraie collaboration
Sur un socle fait d'énergie, d'entraide et solidarité.

Maintenant, fortes des valeurs dont nous sommes fières,
Nous repartons vers la prochaine étape de vie,
Confiantes et certaines que de plus jeunes infirmières
Pourront un jour souffler la suite des bougies.

| *Huguette Muller*

A Suzanne Biedèrmann
Secrétaire de direction de la Clinique

Il se trouve, le long de notre parcours de vie, des personnes qui sont là pour faciliter, aplanir, maintenir les liens entre tous ceux qui forment cette belle entreprise qu'est la Clinique de La Source. Et cela, chère Suzanne, tu l'as magnifiquement réussi! Tu as été un «agent de liaison» sage, compétent, efficace et apaisant! Tel le miel sur les tartines et l'huile dans les rouages! Toutes les Sourciennes de l'Association ont aussi pu le vivre et l'apprécier. Elles te disent un chaleureux merci et bonne retraite!

Au nom de toutes,

| *Huguette Muller*
Présidente

Dates des Noël's dans les groupes de Suisse

Les détails figureront sur la carte de vœux de Noël.

Neuchâtel

Mercredi 6 décembre 12h00

Jura

Mercredi 6 décembre 12h00

Zurich

Samedi 9 décembre 14h00

Yverdon

Lundi 11 décembre 14h00

Genève

Jeudi 14 décembre 12h00

Morges

Vendredi 15 décembre 12h00

Lausanne (Pully)

Lundi 18 décembre 12h00

Vevey-Montreux

Jeudi 21 décembre 14h30

A ne pas manquer

Rendez-vous mardi 14 novembre à 10h00
pour le culte du centenaire à la Cathédrale

décès

Catherine Pittier-Schibli (volée 1935)
décédée le 19 juin 2006.

Pierrette Hammerling-Cuvit (volée 1953)
décédée le 23 juillet 2006.

Marilène Muller-Rumpf (volée 1965,10)
décédée le 25 juillet 2006.

Lise Schneider (volée 1943)
décédée le 9 août 2006.

Toute notre sympathie aux familles
dans le deuil.

nouvelles adresses

Anne-Marie Coste
Rue des Jardins 26
1018 Lausanne

Paulette Gay-Genevay
Av. Calas 20
1206 Genève

Jacqueline Pécaut
Rue des Rosiers 4A
2300 La Chaux-de-Fonds

Sandrine Petiteville
Av. des Cavaliers 1
1224 Chêne-Bougeries

Catherine Monzies
Rue du Valentin 48
1400 Yverdon

Martine Schmidt-Doebeli
Ch. de la Mousse 74
1226 Thônex

Geneviève Paladini
Le Thomoz
1996 Fey (Nendaz)

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Anne-Claude Allin, Phyllis Wieringa, Brigitte Jaquet.

Responsables de la parution

Jacques Chapuis, directeur.
Alexia Stantzios, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice

Les textes à publier sont à adresser,
à A. Stantzios et V. Hausey-leplat:
avenue Vinet 30, 1004 Lausanne
e-mail: a.stantzios@ecolelasource.ch
e-mail: v.hausey-leplat@ecolelasource.ch

Abonnement

Fr. 47,50 par an, (étranger: Fr. 52,50, retraités
à l'étranger Fr. 37,50); AVS Fr. 32,50; étudiants: Fr. 20.-
CCP 10-16530-4

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

Directeur

Jacques Chapuis

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
Internet: www.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

ISSN 1660-8755

J A B

1052 Le Mont

PP/Journal

CH-1052 Le Mont

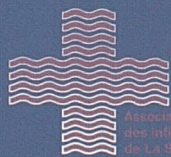
1906 → 2006

**100^e anniversaire
de l'association des infirmières
de l'Ecole La Source**

14 novembre 2006 → Cathédrale de Lausanne à 10 h

Renseignements → 021 963 60 77 ou 079 400 09 36

→ **Née pour vaincre les années...**



les brasseurs
d'idées...
déguster
la recherche





© Archives Atelier Grand SA

éditorial

les brasseurs d'idées... déguster la recherche	3
--	---

nouvelles de l'école

le Noël de Léa	5
diplôme HES 2006: entre rupture et continuité	7
travaux des diplômés HES	8
travaux des diplômés niveau II	10
entrée année préparatoire, automne 2006	10
entrée Bachelor, automne 2006	11

nouvelles de l'institut

pédagogie et créativité	12
-------------------------	----

nouvelles de la clinique

portes ouvertes de la clinique de la Source	14
---	----

dossier:

les brasseurs d'idées... déguster la recherche...

la recherche une palette de sens!	16
recherche appliquée: quelle plus-value pour les soins?	18
d'une recherche à l'ouverture d'un nouveau service: un processus dynamique...	20
se mettre en recherche	23
une mission impossible	26

association

voyage avec l'Association de La Source dans le Gâtinais	33
anniversaire de l'Association	33
message de Noël: la performance	34

faire-part

décès	35
nouvelles adresses	35

Impression et composition: Atelier Grand SA, 1052 Le Mont
Maquette: Emmanuel Siegfried

les brasseurs d'idées... déguster la recherche

La recherche à déguster... A l'instar des mets est-ce imaginable d'identifier les saveurs, les particularités de la recherche!

D'ailleurs quels adjectifs attribuer à la recherche? Piquante, insipide, équilibrée, indigeste, surprenante, innovante?

Si la recherche provoque un changement radical dans la manière de considérer le monde, suscite des émotions, des confrontations, des réactions particulières, a pour effet de faire cheminer, évoluer, invite à poser des jugements éclairés, à mesurer, à modifier les représentations, à questionner les certitudes, à reconsidérer les inclinations, sont-ce des arguments suffisants pour affirmer que toute recherche est digne d'intérêt?

Ne point évoquer l'acteur de la recherche, en l'occurrence le brasseur d'idées, serait une ineptie. Comme le capitaine au long cours, le chercheur a recours au gouvernail, son fil conducteur, qui en plus de lui servir de guide lui permet de mieux cerner les méandres de la recherche.

Grâce à ses connaissances, son savoir-faire, ses arguments, son implication, le chercheur donne corps à la recherche, cependant sur quels critères, quels fondements repose l'efficacité de la recherche?

La recherche tente en permanence de donner une réponse à un malaise, à un vide. Faire progresser les savoirs appelle à la création et à une déconstruction sans cesse de nos prérequis.

En recherche nous travaillons en pluridisciplinarité, brassons nos idées avec celles des autres,

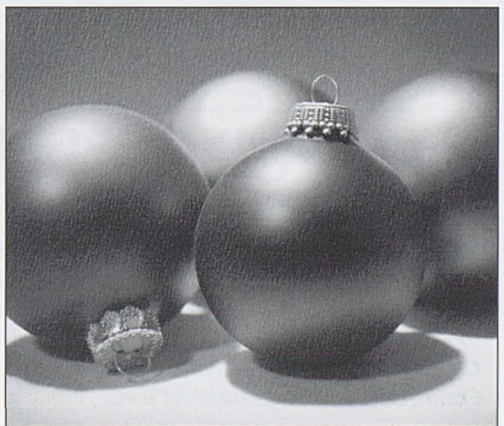
mélangeons les humeurs et les tendances pour faire progresser les pratiques de soins.

Le goût à la recherche naît en dedans de soi avant de répondre à toutes demandes. Le besoin chez le chercheur de comprendre, de découvrir, de prendre des risques, de confronter préexiste à la recherche elle-même. Pour se mettre en mouvement, il faut savoir écouter ses motivations, ses désirs car le parcours est souvent long, parsemé d'embûches, et ne correspond pas toujours à notre idéal. Pour vivre «heureux» en faisant de la recherche, il faut activer ses sens olfactifs, gustatifs, auditifs... pour être à l'écoute du «bruit» que fait la recherche dès sa naissance. Chaque nouvelle étape peut créer des crises comme des moments de pur bonheur.

Nous vous invitons à vous écouter, à penser de nouveaux savoirs, à découvrir des auteurs, des recherches surprenantes pour cette nouvelle année 2007.

Le comité de rédaction vous souhaite de belles fêtes et se réjouit de vous retrouver l'an prochain.

Alexia Stantzos et Véronique Hausey-Leplat
Rédactrices Journal Source

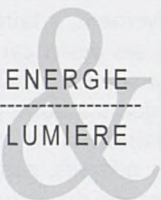


CAUDERAY
Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

ENERGIE

LUMIERE



Rue de Genève 64
à 1004 Lausanne
Tél. 021 620 0 900
Fax 021 620 0 901

info@cauderay.com <http://www.cauderay.com>

Interoffice Gavillet SA
Rue Beau-Séjour 1
Case postale 6259
1002 Lausanne

Tél. (+41) 021 321 20 50
Fax (+41) 021 321 20 51
e-mail : info@gavillet.ch
www.gavillet.ch

interoffice
Gavillet SA

archiutti

volo



Inscription au Journal Source

Une inscription au Journal Source est désormais possible par Internet
sous www.ecolelasource.ch, rubrique « Publications ».

Inscrivez-vous vite!

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

Agencements sur mesures, travaux spéciaux, ébénisterie
Magasins, restaurants, collectivités, pharmacies
Mobilier pour cliniques et cabinets médicaux
Rénovation et entretien d'immeubles
Cloisons phoniques, insonorisantes
Fenêtres bois, bois-métal et PVC

Rue du Maupas 8 bis
1004 Lausanne
Tél. 021 648 58 48
Fax 021 646 71 49

Direction Alain GOSTELI
E-mail : strehl@bluewin.ch

Conseils, devis et projets sans engagement

le Noël de Léa

Cette année, Léa est particulièrement amère, elle en veut à la terre entière.

Même les lumières de la cité l'importunent. En rentrant chez elle, elle a croisé un gosse du quartier qui tirait son père par la manche. Ce dernier était manifestement éméché. Le gamin, tout en le traînant, de le supplier: «Je t'en prie, Papa, on rentre, cette nuit... c'est Noël».

En se calfeutrant dans son logis douillet, Léa songe à cette veillée de Noël, elle est envahie par maints tourments. Ce soir, elle s'est sentie particulièrement excédée de la fébrilité insensée de ces passants qui s'engouffraient dans les échoppes luxueuses, de leur fièvre acheteuse, de leurs airs si hautains, de leur indécence à montrer leur aisance.

Etre sous l'emprise du spleen ne lui ressemble guère. D'ordinaire, Léa est de nature enjouée, vive, spontanée. C'est ce foutu Noël qui fiche tout en l'air, pense-t-elle!

Ne point sombrer, ne point s'isoler dans le marasme mais réagir... quelle stratégie employer, quelles fantaisies déployer! Léa tu n'es pas dépourvue d'imagination, cesse de te lamenter, cesse de pleurnicher, amuse toi! son monologue achevé, le visage de Léa s'est rasséréné.

Elle a deviné comment elle irait s'employer à épicer ces ténèbres. A son idée, elle va s'offrir, un burlesque Noël. Alors dans un éclat de rire, elle remercie la vie, la chance inouïe d'avoir su conserver, au plus profond de son être, son bel enfant intérieur. Pas de temps à perdre, au travail se dit-elle. Tout d'abord se sustenter quelque peu, la nuit risque bien d'être longue...

A quelques centaines de mètres de chez elle, un autre monde, celui des parvenus, des arrivistes et nouveaux riches qui l'insupportent. Léa n'en

vie nullement leur compte en banque mais, leur arrogance, leur air fat l'incommodent.

Son amie Anastasie les surnomme les saucisses. A chaque fois Léa sourit de cette singulière comparaison. Anastasie travaille dans une boutique de mode.

Certains jours, elle a des envies de meurtre à l'instar des plus grands criminels. Léa, tout en empathie la comprend, en effet comment rester de marbre quand une vaniteuse se lamente, se désespère de ce que ce modèle tant convoité lui est passé sous le nez, nez qu'elle a d'ailleurs fort vilain.

Léa apprécie la nuit et son mystère; elle aime s'aventurer dans les quartiers huppés, s'attarder devant les baies des appartements, des villas, pour voler un ersatz de leur vie. Ce soir, émane des fenêtres une effervescence inhabituelle, celle des préparatifs culinaires.

Du vasistas de cette maison bourgeoise, s'échappent des vagues de fumet fort alléchant. La maîtresse de maison, qu'elle reconnaît, une cliente grincheuse d'Anastasie, est affairée avec son employée de maison. Léa l'entrevoit lui intimant, avec l'index, ses ordres. Léa rit sous cape de constater que Madame prend de grands airs.

La fenêtre s'ouvre et, Madame, y dépose sur le rebord un faitout en fonte. Léa, attend la disparition de leurs silhouettes. A petits pas, sans faire de bruit, elle se rapproche de la fenêtre. Dans le récipient deux belles langoustes, qu'intrepide, elle subtilise sans aucun remords!

De son portable, Léa appelle Anastasie, elle lui laisse un message sur le répondeur, elle la convie à dîner ce soir vers vingt et une heure. Anastasie exècre, elle aussi les fêtes de Noël, alors Léa a l'intime conviction qu'elle va honorer son invitation.

Les langoustes bien à l'abri, Léa poursuit ses freddaines. Elle n'a point de plan en tête, elle laisse les évènements venir à elle.

Léa salue un passant qui promène son chien, puis poursuit son chemin. La bise qui souffle en bourrasques secoue les branches d'un sapin. Celles-ci ploient sous le poids de guirlandes fluorescentes. Afin de soulager le conifère, Léa les dérobe en se demandant ce qu'elle pourrait bien en faire.

Justement, à proximité, est garée la Porsche de Monsieur et Madame de Fricke.

Comme si elle emballait un paquet, Léa entoure leur Porsche avec la guirlande et coince les dernières ampoules aux pare-chocs. Elle imagine déjà l'air courroucé de Madame de Fricke.

Tout en s'éloignant, elle se remémore son altercation avec la mijaurée moitié de Monsieur. Elles se trouvaient toutes deux à l'Angle Vert. Madame, avec un aplomb imperturbable, avait manifesté son désir d'acquérir une orchidée Vanda, or Léa, qui la précédait, la désirait aussi. Madame sortit, furieuse, de la boutique, Léa n'ayant point obtempéré.

Poursuivant sa route, elle tombe sur un livreur de fleurs manifestement ravi de l'aubaine. Il

s'est égaré, et cherche la demeure de Madame de Fricke. Léa de lui répondre que justement elle se rend chez eux. Le jeune homme retardé dans ses livraisons lui demande s'il peut lui confier le bouquet, ce à quoi consent Léa sans hésiter. Dans la main, elle lui glisse un pour-boire.

A présent, Léa se hâte chez elle. Le vent soufflant par rafales vient s'engouffrer dans les rubans de papier de soie enserrant le bouquet fort bien emballé.

En pénétrant dans son appartement, elle sent une douce chaleur l'envahir. Précautionneusement, elle développe un à un papier et ruban chamarrés et qu'y découvre-t-elle cinq magnifiques Vanda!

On sonne à sa porte, et c'est en riant qu'elle accueille Anastasie.

En entrant dans le salon, Anastasie aperçoit le splendide bouquet. La table est magnifiquement dressée, des bougies brillent. Dans un plat ovale trônent deux superbes langoustes. Ce tableau la rend perplexe ainsi que l'hilarité croissante de son amie Léa.

Tout en dégustant les succulentes langoustes, Léa conte ses frasques à son amie Anastasie. Les bulles de champagne rosé se mêlent à leur gaieté peu contenue. De fil en aiguille, elles échafaudent diverses farces qu'elles vont exécuter tout à l'heure, et comme des gamines elles pouffent de rire. Elles s'en donnent à cœur joie, leur imagination étant infinie.

Trois coups brefs à la sonnette ont pour effet de les faire toutes deux sursauter.

– Léa, attends-tu une visite?

– Bien sûr que non!

Léa se lève prestement et par le judas, incrédule, aperçoit le Père Noël...



diplôme HES 2006: entre rupture et continuité

De 1859 à 2006, un peu moins de 150 ans mais une évolution particulièrement spectaculaire dans le monde des soins infirmiers.

Au travers de La Source, les « gardes-malades indépendantes » ont contribué significativement à l'avènement de l'infirmière et de l'infirmier d'aujourd'hui, formé-e dans des Hautes écoles, en Suisse romande comme en Europe. Rupture ou continuité ?

Dès cet automne 2006, les diplômé-e-s possèdent dorénavant un titre « HES »; cela étant, ces jeunes professionnel-le-s sont avant tout des infirmiers et des infirmières, des soignant-e-s qui débutent aujourd'hui une carrière dans la profession qu'ils ont choisie; **continuité** donc.

Novices, ils vont évoluer en assumant des défis nouveaux pour lesquels ils possèdent les clés d'une expertise en construction. La pratique basée sur des données probantes (evidence based practice), l'assurance qualité, l'économie des soins ou encore la recherche intègrent d'ores et déjà la structure de leur jugement clinique; **rupture** dans une certaine mesure, **évolution** pour le moins.

A propos de recherche, il arrive souvent que l'on m'interroge sur les étudiants et leur qualité de « chercheurs »; un peu comme si, extra-terrestres, ceux-ci évoluaient dans un monde d'élaboration intellectuelle finalement décalé de la clinique.

J'aimerais préciser qu'un diplômé HES, tout comme le détenteur d'une licence universitaire, n'est pas un chercheur et encore moins un expert ès recherche. En revanche, sa formation

à la méthodologie de recherche et ses bases théoriques lui permettent d'intégrer une équipe de recherche ou d'envisager de poursuivre sa formation au niveau *Master* (système de Bologne *Bachelor – Master – Doctorat*) par exemple.

Au-delà, le quotidien du travail clinique relève essentiellement de l'analyse et de la prise de décision en s'appuyant sur un corps de connaissances actuel et constamment actualisé.

L'expertise se construit évidemment sur une somme d'expériences cliniques; elle se crée également à la suite d'un travail permanent de transposition et d'échanges de savoirs susceptibles d'éclairer les pratiques soignantes, de leur donner du sens et de les étayer. Ce travail de transposition exploite notamment les données de la recherche disciplinaire et interdisciplinaire, théorique et appliquée, pour en extraire le substrat utile à la clinique.

Il s'agit là de compétences que nos jeunes diplômé-e-s exercent en formation et sont prêt-e-s à mettre en œuvre; c'est aussi une condition essentielle à une véritable pratique réflexive (nous n'appliquons pas des protocoles rigides mais « réinventons » nos pratiques en regard de la singularité de la situation du bénéficiaire de soins). Qualité et rigueur s'opposent alors résolument à l'irrationnel, la magie ou encore à l'aléatoire dans les soins.

Les infirmières et les infirmiers souhaitent une juste reconnaissance de leurs grandes qualités? C'est en route, nous y parviendrons... à condition notamment de promouvoir les changements qui sont engagés et de se libérer d'une ambivalence et d'un registre « doloriste » parfois prégnants au sein du corps professionnel. Entre rupture et continuité, courage!

Jacques Chapuis

Directeur de la Haute Ecole de la Santé La Source

travaux des diplômés HES

- Vivre la mort, vaincre le deuil. *Affolter Stéphanie.*
- Les enfants et les boissons sucrées – Promotion de la santé en milieu scolaire. *Ammann Marion.*
- L'allaitement, ça coule de source... et pourtant! *Arribas Cyndi.*
- Le deuil après suicide. *Aymon Séverine.*
- Comment les infirmières Jeunesse & Santé décrivent-elles et perçoivent-elles leur activité auprès des adolescents présentant un/des épisode/s d'alcoolisation massive? *Bastardot Aline.*
- La famille, l'école, l'éducation à la santé... Et les infirmières dans tout ça? *Bataillon Nathalie.*
- Adolescence et diabète de type 1: comment vivent ces jeunes? *Battista Jessica.*
- La famille, l'école, l'éducation à la santé... Et les infirmières dans tout ça? *Berney Nadège.*
- Semblable ou distinct? *Bianchi Gabriella.*
- Les représentations de la tuberculose chez les «sans papier» d'origine équatorienne. *Bluntschli Cristina.*
- La famille: ne l'oublions pas – L'accompagnement des familles en deuil par des infirmières suite au décès d'un enfant âgé entre 8-12 ans lors d'une maladie oncologique. *Bozet Floriane.*
- Douleur... je te transforme! L'art de la relation hypnotique dans le soulagement de la douleur des enfants. *Buhrer Manuela.*
- Automédication chez les personnes âgées. *Burdet Florence.*
- La perception du cancer vue par l'enfant. *Chevalley Mireille.*
- Comment les parents vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant en psychiatrie? *Chevre Corinne.*
- Consommation de cannabis à l'hôpital: quels problèmes pour les soignants en psychiatrie? *Cosma Boye Mai.*
- Le soignant à la rencontre du soigné en pleurs. *De Mooij Myriam.*
- Tocs, quels impacts sur la santé de la famille. *Debieux Fabienne.*
- L'expérience humanitaire... une médaille à double revers? *Diolosa Laura.*
- Séropositivité et grossesse: le devenir des compétences professionnelles. *Donadeo Milena.*



- SDF à Lausanne... et la santé? L'influence de l'absence de domicile fixe sur la santé. *Dössegger Béatrice.*
- Comment améliorer la qualité du sommeil chez la personne âgée vivant en EMS? *Gianferrari Ophelia.*
- Silence, je pars! Les répercussions du suicide assisté chez les infirmiers qui prennent en charge des patients faisant appel à EXIT. *Grollimund Française.*
- Silence, je pars! Les répercussions du suicide assisté chez les infirmiers qui prennent en charge des patients faisant appel à EXIT. *Guisan Garance.*
- Les besoins des femmes primipares en post-partum, entre identification et perception. *Haldimann Laurence.*
- L'arrêt de la méthode kangourou dans un service de néonatalogie: quelles conséquences sur le lien d'attachement? *Hofmann Jessica.*
- Mesure des temps relationnels à l'aide d'un outil de mesure de la charge de travail (LEP). *Jungen Stéphanie.*
- Intégration du père dans la relation mère/nouveau-né. *La Placa Angelica.*
- Soignante soignée: A l'aise sur l'alèse? *Lambelet Anne.*
- Ce que tu écris te ressemble: mais à quoi ressemble l'écriture infirmière? *Ludwig Virginie.*
- Infirmières et politiciennes – Regards sur le parcours et les pratiques de 4 infirmières engagées en politique. *Magnin Delphine.*
- SDF à Lausanne... et la santé? L'influence de l'absence de domicile fixe sur la santé. *Manueli Yvan.*
- Jouer à se faire mal: comportement normal ou paradoxal? *Mermillod-Blardet Valérie.*
- Pour le meilleur et le pire jusqu'à ce que la maladie nous sépare. *Meyenberger Claudia.*
- Spécificités du rôle infirmier dans la prise en charge des petits enfants africains de « Terre des hommes » hospitalisés en Suisse. *Molla Sarah.*
- Le concept de résilience chez le sportif d'élite blessé lors de son activité. *Monney Hélène.*
- Migration et maternage turcs: gestes traditionnels versus évolution des pratiques en pays d'accueil? *Mottaz Emilie.*
- Soignante soignée: A l'aise sur l'alèse? *Panchaud Noélie.*
- Humanitaire et stress post-traumatique: la réinsertion dans le monde du travail, une épreuve de plus sur le terrain. *Pellaton Clara.*
- L'offre de l'infirmière aux familles dans un service d'urgences. *Pesenti Francesca.*
- Mesure des temps relationnels à l'aide d'un outil de mesure de la charge de travail (LEP). *Petremand Marjorie.*
- Comment les parents vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant en psychiatrie? *Pillonel Aline.*
- La compliance et le partenariat avec les familles. *Planas Emmanuelle.*
- La fibromyalgie, facteurs favorisant l'adaptation à cet invisible persécuteur. *Roks Patricia.*
- Programme de formation d'infirmières, infirmiers HES: L'écart entre les caractéristiques de la formation HES et les attentes des infirmiers sur la formation professionnelle. *Scaramozzino Frédéric.*
- Intégration du père dans la relation mère/nouveau-né. *Senon Claire.*
- Semblable ou distinct? *Soares Marisa.*
- Les praticiens formateurs dans les soins infirmiers. *Thaqi Adilé.*
- L'analyse des moyens favorisant la qualité de vie professionnelle des infirmières de médecine, sous l'axe psychologique, travaillant entre 90% et 100%. *Tissot Cynthia.*
- L'accompagnement de l'adulte polyhandicapé en fin de vie. *Vulliemin Estelle.*

travaux des diplômés niveau II

- Etre malade et soignant en même temps. *Bach Sylvian.*
- Les directives anticipées en soins infirmiers. *Caravaca Jessica.*
- Rencontre interculturelle à l'île Maurice. *De Meo Michela.*
- Prévention tabac et grossesse. *Dubois Nathalie.*
- La place de la réflexologie dans la prise en charge des personnes dépendantes à l'héroïne. *Kocher Lucile.*
- Il était une fois..., les récits comme outils de promotion de la santé pour les infirmières scolaires. *Leemann Coralie.*
- La relation infirmière/patient toxico-dépendant en milieu chirurgical. *Leyvraz Camille.*
- L'enseignement au patient: un soin infirmier en tant que tel. *Meyer Karin.*



© Archives ELS

- L'encadrement des étudiants. *Pignat Sonia.*
- Le temps c'est... de la tendresse. *Schinz Léti-cia.*
- Les interactions précoces mère-enfant dans un contexte de séparation à la naissance. *Weber Sandie.*

entrée année préparatoire, automne 2006

AGUILLON Noémie, ARNAUD Camille, BADEL Floriane, BERBERAT Lise, BIRRAUX Sophie, BIS-SAT Camille, BLOCH Joëlle, BOILLAT Evelyne, BROGLI Samanta, BRUNNER Olivia, BRULLI-SAUER Annie, CARRUPT Pauline, CARVALHO Tania, CHAAR Aya, CHASSOT Laure, CHESSEX Elvire, CHEVALIER Dany, CHUAT Lauriane, CLAUSS Sylke, CORBAZ Maude, DAENZER Muriel, DE COUTO Joana, DE LA BAUME Catherine, DE LA ROCHE-TERIE Viviane, DIDISHEIM Esther, DOLT Julie, DOS SANTOS FARIA Monica, DUCHOUD Sarah, DUCRET-TET Elodie, DUFOUR Emilie, DUNAND Virginie, DZELILI Sptime, EGGER Pascale, ELOS Nahid, ESPINHA E. HENRIQUES Angelo Miguel, ESTEVES Carina, EXQUIS Shari, FARQUET Valé-

rie, FAVRE Silenia, FELIX Anthony, FLEURY Laure, GAILLARD Anaïs, GARCIA Alberto-José, GILLIOZ Frédéric, GOMES Hugo, GRISEL Magali, HEIZ Prisca Nadine, HENCHOZ Heidi, HENNY Nathalie, HENTZLER Floriane, HERREN Tania, HOHL-FELD Chloé, JACCARD Isabelle, JOLLIET Del-



© Archives ELS

phine, KALBERMATTEN Stéphanie, LAMBERT Sophie, LAUNOIS Charlotte, LAURINDO DA SILVA Maria Da Gloria, LAVANCHY Laetia, LUGRIN Joëlle, MAILLEFER Stéphanie, MARSTON Mark, MBUANGI Marthe, MEISTER Caroline, METHOT-NDOMBOLOSO Audrey, MINGARD Anouk, MONNIER Valentin, MOUNY Barbara, MOUSTAKIS Nitsan, MULLER Maureen, NGASSA TCHAKOTEU Marie-Paule, NICOLLIER Marie, NKURUNZIZA Yvonne, NYDEGGER Laura, OBERLI Rachel, OTT Marisa Sitama, PEREIRA

Veronica, PERROUD Michaël, REIS Sonia, RENAT Marion, RIERA Lucie, RIESS Jessica, RIXHON Caroline, ROSSI Sophie, RUFENER Céline, RUH Jessica, RUTZ Fabian, SAF Isis, SAMSON Tatiana, SCHMID Esther, SCHMIED Saskia, SCHWAAB Benoît, SUBILIA Raphaëlle, TSHIBOLA KAFWANKUMBA Serge, VACHOUX Stéphanie, VERDON Charlotte, VULLIEMIN Charlène, WAGNIERES Line, WARNER Stéphanie, WHARTON Keren, WINTERHALTER Sandra, YERSIN Gwendoline.

entrée Bachelor, automne 2006

AESCHLIMANN Sibylle, AMETI Amidé, APARLANI Makfireta, BAIER Yvonne, BALTISBERGER Stéphanie, BARUT Amandine, BIELINSKI Vanessa, BLAQUIERE Cécile, BURDET Julie, BANNINGER AZIZ Carole, BUNTER MARKWALDER Luzia, CANCELINHA Clarinda, CASTELBERG Sandrine, CAVIN Audrey, CHALVET Vanessa, CHANSON Danaé, CHARDON Laure, CHENUZ Emilie, CONCHON Caroline, COSTA PRATA Andrea, COUTO ROMERO Ines Sabina, DE FELICIS Laura, DE PAZ Valérie, DE REYNIER Aline, DEL VECCHIO Daniela, DEMIERRE Hervé, DESPONDS Alexandra, DESPRET SADKOWSKI Alix, DETRAZ Christel, DIETTER Sandrine, DISERENS DUBI Anne-Françoise, DOS SANTOS SILVA Vera Marina, DOUSOT Alissandre, DURAND Carole, DUTOIT Geneviève, ESTEVE Lara, ESTOPPEY Laure, FELBER Aurélie, FERHATBEGOVIC Alma, FISCHER Carole, FRASCOIA Céline, FREDEMBACH Camille Célia, GACHET Joy, GALLEGRO Katia, GEROSA Ella, GFELLER Léticia, GLANZMANN Lisa, GRETLER Marie, GUERNE Cécile, HENRY Audrey, KONE Adama, KRAUS Elizabeth Erin, LAVENEX Floriane, LUDWIG Anne, MAGNIN Sally, MANTATO Sebastiao Kiala, MARQUES DUARTE Suzy, MARTINETTI Fanny, MATOUMONA Réguy, MBESSA FOGANG JORDAN Anastasie La Blanche, MELCARNE Tiziana, MET-

ZENER BAIIOIA Noémie, MILLIOUD Laure, MOTTU Annick, NAKAMURA Christophe, NDIAYE Khady, NEIN Geraldine, NGAMALEU Laurence, NGINDU Musambi Sandrine, NOUDEM Sylma, PARLAVECCHIO Stéphane, PAVILLARD Maud, PFISTER Vincent, PISTIS Rina, PITTET Marion, PITTIER Elodie, POINTURIER Virginie, PY Isabelle, RAKOTONIRINA Jonathan, REYES ARTICA Zulema Ines, RIBI Nathalie, RIDAURA Noelia, RUGWIZANGOGA Olive, SALOMON Typhaine, SANCHEZ Ainara, SANCHEZ Monica, SAUGY Shirley, SCHEURER Espérance Magali, SERNIQUET Charlotte, SPERTINI Chloé, TOUANI Anne-Lydie, TZAUT Ophélie, TACHE Karin, VARAS Cecilia, VIAU Annick, VIVIEN Charlène, VOLET Ariane, VOLET Laila, WALSER Elisabeth.



© Archives ELS



pédagogie et créativité

Présentation

L'appel à la créativité dans les situations d'apprentissage et son utilisation dans l'enseignement et la formation change la place de l'intervenant, qui devient animateur.

Cette approche permet de se mettre en contact à la fois avec ses capacités intellectuelles et émotionnelles; d'associer les connaissances à l'expérience.

Ces moyens ont encore plus d'intérêt pour le formateur qui prépare ses interventions ou le soignant qui assure le suivi pédagogique quotidien du patient et de sa famille.

Il peut s'agir d'une courte séquence ou d'un processus déclencheur facilitant un apport de connaissances ou l'approche d'un thème qui requiert attention et concentration.

Cette formation s'adresse aux formateurs qui souhaitent solliciter le plaisir et la créativité de chacun et faire face aux situations pédagogiques en recherchant des options réalistes et innovantes.

Objectifs

- Privilégier la part créative de son travail et utiliser les deux hémisphères cérébraux.
- Améliorer sa flexibilité, sa fluidité et son originalité.
- Repérer les conditions qui facilitent l'apprentissage chez l'enfant et l'adulte.
- Créer et utiliser des approches ludiques pour animer les situations d'enseignement et de formation: communication, organisation, travail en équipe, développement personnel.
- Organiser la situation d'enseignement.
- Réguler un groupe en situation de jeu.

- Passer de la situation de jeu à la situation professionnelle.

Axes de travail

Le processus de la créativité

- Quelques méthodes utilisées dans la création de moyens ludiques:
 - la pensée latérale,
 - l'identification,
 - les mots semences,
 - l'opposition.
- Les spécialisations hémisphériques:
 - l'importance des deux hémisphères cérébraux dans le processus créatif,
 - la notion d'inconscient dans le jeu.
- Les mécanismes d'apprentissage:
 - les principes d'apprentissages chez l'enfant, chez l'adulte,
 - le rôle de l'expérience.

Créativité et pédagogie

- L'animation:
 - privilégier la coopération,
 - donner des protections et des permissions,
 - favoriser l'engagement profond des personnes,
 - reconnaître les idées originales,
 - revenir à la situation professionnelle.
- Quelques jeux:
 - des jeux d'éveil à la créativité; pour trouver la solution, pour sortir du cadre,
 - des jeux pour mémoriser, stocker des informations,
 - des jeux pour s'autoriser la fantaisie, tout en tenant compte de la règle indiquée,
 - des jeux de rôles pour s'entraîner et développer des compétences,
 - des jeux qui facilitent le développement de l'analogie.

Moyens pédagogiques

- Des remue-méninges pour trouver des images, des analogies, des mises en situation, des aides à la résolution de problème.
- Des exercices permettront à chacun de s'entraîner à exercer sa créativité et de s'interroger sur ses attitudes d'animateur.
- Des approches ludiques différentes seront proposées soulignant les mécanismes de la recherche individuelle de la solution et la recherche en commun.

Durée

4 jours par an – cycle organisé selon la méthode du « Groupe lentement ouvert »

Dates

26 - 27 mars 2007, 20 - 21 septembre 2007

Coût

390 Euros pour un module de 2 jours

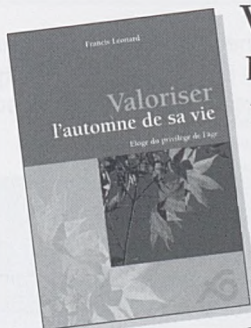
Intervenante:

Nadia CLEMENT. Responsable de l'Unité de Formation, infirmière en soins généraux, psychothérapeute, elle s'est spécialisée en psychiatrie et a obtenu le diplôme de Cadre de l'École Supérieure d'Enseignement Infirmier de la Croix-Rouge Suisse à Lausanne. Elle s'est intéressée notamment aux domaines de la pédagogie, des techniques de communication, de la gestion de la violence, de la problématique de deuil et de la supervision des pratiques professionnelles.

Domaines de compétence: *Le soin porté à la personne; La créativité dans les pratiques soignantes et pédagogiques; L'écoute; Le recours aux outils dans une perspective soignante.*

EDITIONS OUVERTURE

Diffusion Ouverture, CP 13, 1052 Le Mont, Tél. 021 652 16 77, Fax 021 652 99 02, Courriel: ouverture@bluewin.ch



Valoriser l'automne de sa vie Éloge du privilège de l'âge

Francis Léonard

Accéder au troisième âge est un privilège qui ne se limite pas aux années supplémentaires qui nous sont offertes. Cette partie de la vie est riche de facultés insoupçonnées, de rôles nouveaux très gratifiants et de potentiel de croissance morale.

Les textes présentés revalorisent l'âge, relativisent certaines de ses misères et rappellent des côtés gratifiants de la vie qui restent vivaces. Ils nous parlent des principaux moyens dont nous disposons pour exercer un certain pouvoir sur le cours des choses. Ils nous invitent à rééquilibrer toute vision exagérément critique de notre condition.

En dernière partie, Francis Léonard propose de multiples manières concrètes de penser et d'agir pour vieillir sans devenir vieux, pour faire de la retraite un temps fort – le temps fort? – de notre vie.

Un livre de 112 pages au format A5. **Prix spécial jusqu'au 31 décembre 2006: Fr. 20.-.** Après: Fr. 27.- (+ forfait unique par expédition pour la Suisse, quel que soit le nombre de titres: Fr. 6.-)

portes ouvertes de la clinique de la Source

Les samedi 30 septembre et dimanche 1er octobre 2006 ont eu lieu les Portes Ouvertes de la Clinique de la Source.

Événement qui est organisé tous les 5 ans et qui offre la possibilité au public de visiter nos services et découvrir la qualité de nos prestations.

Cette année, le parcours comprenait la visite des postes suivants:

- l'institut de radiologie: son nouveau PET-CT et IRM 3T inaugurés en septembre 2005,
- les laboratoires d'analyses de routine,
- la maternité «Source de vie» et ses salles d'accouchement au design innovateur,
- les différentes unités de soins avec comme thèmes: le diabète, l'oncologie, l'urologie, l'environnement et le bien-être du patient,
- l'institut de physiothérapie,
- le nouveau centre ambulatoire, comprenant 21 lits et deux chambres VIP, a présenté les dernières technologies en matière d'endoscopie,
- le centre d'urgences Vidy-Source ouvert 7 jours / 7, de 7 h à 21 h. et accessible à tous sans assurance complémentaire,
- le centre de cardiologie interventionnelle qui permet aux médecins spécialistes d'intervenir de manière non invasive sur les coronaires et de prévenir ainsi des accidents cardio-vasculaires,
- la nouvelle cuisine, inaugurée au printemps 2006 et sa table d'hôtes ouverte le mercredi et vendredi à midi sur réservation (021 641 34 50), où son chef, Eric Godot, vous concoctera un menu gastronomique de 4 plats,
- le bloc opératoire et l'anesthésie péridurale.

A cette occasion, M. Michel Walther, Directeur général de la clinique, a eu le plaisir de présenter la nouvelle salle d'opération OR1 (Opération Room No 1) conçue par la société Karl Storz, qui équipera en primeur dans le canton de Vaud, trois des salles d'opération de la clinique de La Source dès 2007. Ce nouveau concept alliant technologie de pointe, sécurité et navigation assistée par ordinateur, a pour objectifs principaux:

- le contrôle et la commande de tous les appareils de la salle d'opération par écran tactile ou par reconnaissance vocale,
- la gestion des données et les images opératoires pour la constitution du dossier médical,
- la transmission de l'ensemble des données du patient en réseau,
- la sécurité du patient et la traçabilité des informations.

Ces installations permettront d'effectuer deux à trois opérations de plus par jour et d'augmenter l'efficacité des soins prodigués à nos patients.



Présentation de la nouvelle salle d'opération intégrée OR1

Avec plus de 1200 visiteurs venus découvrir la clinique en deux jours, les Portes Ouvertes ont remporté un franc succès et ont démontré l'intérêt du public pour des soins de qualité.

Ce magnifique résultat est dû à une préparation intensive de plusieurs mois par les différents secteurs impliqués dans cet événement, et a mis en évidence le dynamisme et l'implication des collaborateurs de la clinique. Ces qualités se retrouvent dans la prise en charge des patients et la personnalisation des soins offerts par la clinique, sans oublier l'importance d'un environnement convivial.



© Archives CLS

Portes ouvertes 06 – Diabétologie – test et conseil.



La Source crée des liens

L'Association les maintient

**Y adhérer,
c'est assurer la solidarité**

CCP 10-2712-9 – Lausanne

L'art à la Source



Clinique de La Source

Galerie

DU 16 NOVEMBRE 2006

AU 21 JANVIER 2007

KATIA BUTEAU ZUCKER

DU 25 JANVIER 2007

AU 1^{ER} AVRIL 2007

ALBIN CHRISTEN

VERNISSAGE LE JEUDI
25 JANVIER 2007 A 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

■ les brasseurs d'idées... déguster la recherche

la recherche: une palette de sens!

Si je vous dis *recherche*, à brûle-pour-point que me répondriez-vous?

Que vous êtes à la recherche de l'âme sœur, de l'appartement de vos rêves! Que vous aimez, par dessus tout, vous distinguer des autres en vous habillant avec recherche?

C'est volontairement que je n'évoquerai pas la recherche au sens noble du terme à savoir la recherche inhérente aux chercheurs et chercheuses, qui fait référence aux travaux de science et d'érudition, de leurs résultats; qui très souvent est utilisée au pluriel.

En consultant le dictionnaire de l'Académie française¹, j'ai fait des découvertes étonnantes n'étant pas à même de présumer la variété de

sens relative à ce vocable. Cependant je tiens à préciser que je n'ai pas la prétention d'être exhaustive.

En terme de couvreur et de paveur la recherche est relative à la réparation que l'on effectue en remettant des tuiles, des ardoises, des pavés neufs là où il en manque. Ainsi *«il n'est pas nécessaire de relever ce pavé, il suffira d'y faire une recherche, il faut faire une recherche par an pour entretenir cette chaussée.»*

La recherche se conçoit entre autres comme un examen, une action de perquisition de la vie, des actions de quelqu'un, de particularités, alors on fait état de la recherche des antiquités d'une ville, de la recherche exacte, de la recherche de la vérité, de la recherche d'un héritier que l'on ignore mais aussi de la *«recherche des concussionnaires², des dilapidateurs de la fortune publique. Autrefois les financiers, les traitants étaient sujets à la recherche, on est à la recherche des auteurs de ce crime.»*

Dans certains cas ce mot signifie qu'une chose est recherchée avec soin, *«ce livre est plein de belles choses, de recherches curieuses.»*

«Il y a de la recherche dans ses repas, dans sa parure, dans ses meubles. Il y a trop de recherche dans son style» se dit de l'art que l'on met dans certaines choses, fait référence aux efforts, aux soins apportés pour se distinguer par son raffinement, son originalité, sa prestance; en quelque sorte c'est faire montre d'une certaine classe. *«Cette femme est toujours mise avec*

1 Internet: www.lexilogos.com/français_langue_dictionnaires.htm. dictionnaires d'autrefois

2 concussionnaire: coupable de concussion qui est un délit commis dans l'exercice d'une fonction publique, consistant à exiger ou à percevoir sciemment une somme qui n'est pas due.



recherche, avec une extrême recherche.» Dans certains cas le terme est doté d'une connotation négative telle que «il y a trop de recherche dans son style, ce peintre a mis plus de recherche dans l'exécution de son tableau qu'il n'avait mis de talent dans la composition.»

Dans le domaine de l'art et plus précisément en peinture, on évoque la recherche comme le soin avec lequel un artiste élabore son ouvrage.

En morale, la recherche est associée à une idée d'excès, de blâme «des recherches de volupté, les recherches de l'amour propre.»

Une définition plus ancienne s'intéresse à la recherche que l'on exerce pour avoir une fille en mariage «faire la recherche d'une fille, faire agréer sa recherche. Il a bien fait des pas, de la dépense à la recherche d'une demoiselle, d'une veuve.»

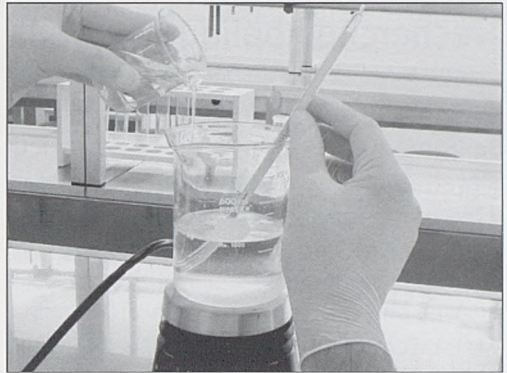
Le terme recherche signifie également l'enquête judiciaire «on ne lit aucune recherche sur sa mort, toutes les recherches sont restées sans résultat.»

En termes d'Eaux et Forêts cela consiste en l'opération par laquelle on s'assure des arbres qui manquent et qui doivent être remplacés.

Et puis il se peut que nous soyons dans l'impossibilité de trouver une solution alors nos recherches seront vaines!

Munis d'un plan nous pouvons être à la recherche de notre chemin. Quant au parcours de vie il peut inciter à la recherche de soi, de la géographie de son intériorité.

Enfin, la recherche peut être comprise comme: être soucieux de rechercher le bien, l'absolu, la perfection, la beauté, la gloire, les sensations fortes, la vitesse...

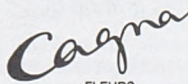


© Archives Atelier Grand SA

La **recherche** vue dans tous les sens point dans le sens des aiguilles d'une montre, en faisant appel à mon sixième sens, en usant de bon sens, à vrai dire cela tombe sous le sens!


Exercice réalisé en usant d'au moins un de mes cinq sens. Je n'ai certes pas le sens des affaires mais j'essaie de cultiver le sens des mots, car les mots j'aime les assembler, les décliner, les composer. Ecrire, non pas pour avoir le dernier mot, plutôt pour jouer sur les mots, ou alors user de bons mots mais surtout éprouver du plaisir à découvrir le sens des mots, à lancer un avis de recherche: recherche de mots!

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice Journal Source
Professeure HES



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

FLEURS



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

recherche appliquée: quelle plus-value pour les soins¹?

En matière de recherche appliquée dans le domaine de la santé et, plus particulièrement, dans le domaine des soins, chacun connaît la recherche médicale et pharmaceutique, avec ses résultats parfois spectaculaires.

Mais qu'en est-il de la recherche dans les autres professions de la santé? Quels en sont les enjeux, les résultats, les impacts, les retours sur investissement? Répondre à ces questions est l'objet de cet article.

Les soins coûtent; la recherche amène-t-elle une plus-value financière?

Le budget annuel alloué à la santé est de l'ordre de 50 milliards de francs pour la Suisse; de manière plus locale, le budget annuel du CHUV est d'environ un milliard. Ces chiffres nous montrent qu'une recherche permettant une économie, si petite soit-elle est d'emblée très intéressante: 1% d'économie pour le CHUV, c'est 10 millions que l'on ne dépense pas et qui peuvent être économisés ou... alloués à d'autres programmes.

Vous l'avez compris, mon premier message est d'ordre économique: la santé et les soins, qu'ils soient infirmiers, physiothérapeutiques, ergothérapeutiques ou liés aux autres professions de la santé **ont un coût important**. Heureusement, en Suisse, ils sont aussi de très grande qualité.

Nous, professionnels de la santé, nous nous devons d'être efficaces, (un discours difficile à introduire dans notre monde). Nous devons prodiguer les bons soins aux bonnes personnes et la recherche nous aide à atteindre cet objectif. Prenons un exemple: une recherche interdisciplinaire conduite il y a quelques années au CHUV, par une infirmière visant à tester un

modèle de prise en charge ambulatoire du diabète inaugural pour un groupe de patients, a permis de diminuer le séjour hospitalier (de 11 jours à 6 heures en moyenne) et de diminuer les jours d'arrêt maladie, ceci à la satisfaction des personnes qui se sont senties «partenaires» dans l'approche de leur maladie². Lorsqu'on sait ce que coûte une journée d'hospitalisation dans un hôpital universitaire ou de soins aigus, (plus de 2000.- francs), on mesure le potentiel d'économie d'une telle recherche.

La société change,; quelles réponses apportent la recherche?

Mon deuxième message est en relation avec les changements qui touchent notre société. Je ne citerai que quelques exemples: le vieillissement de la population, l'intégration de populations migrantes, les problèmes des jeunes (violence, chômage, addictions...).

Les réponses en matière de soins doivent évoluer en même temps que les maladies et les comportements de santé. Nous devons nous assurer que nos soins répondent aux besoins réels de la population. Là encore, la recherche nous permet de vérifier l'adéquation de nos prestations voire de modifier cette offre, de créer de nouvelles approches plus adéquates. Prenons un deuxième exemple: une recherche menée dans ce canton auprès du Service de santé infirmier pour requérants d'asile a étudié le rôle de premier recours des infirmiers (gate keeping) en lien avec les demandes des requé-

1 Cet article est composé de larges extraits d'une présentation réalisée par l'auteur dans le cadre de la journée nationale de la recherche dans les Hautes Ecoles Spécialisées, le 11 mai 2006 à Lausanne.

2 Montreuil, C. Gaillard, R.C., Ruiz, J. (2004), « La décompensation acidocétosique modérée ou l'hyperglycémie inaugurale: la prise en charge ambulatoire est-elle possible? in Médecine Hygiène, 2004, no 62, pp. 1285-1289.

rants³; cette étude s'appuyait sur le fait que 70% des demandes sont traitées par les infirmiers de premier recours (ce résultat étant issu d'une étude préalable⁴). Le rôle de gate keeping souligne l'importance d'une juste orientation des patients vers, des médecins généralistes dans 30% des cas seulement et vers des médecins spécialistes dans 10% des cas seulement. Expérimenté auprès d'une population test de requérants, ce rôle ne serait-il pas amené à se développer? Des études dans d'autres contextes devront être réalisées à ce sujet.

Le rôle professionnel évolue et s'adapte; quelles pistes offre la recherche?

Mon troisième message suit logiquement le précédent: le monde professionnel évolue parallèlement à la société. Historiquement, les professions de la santé se sont spécialisées après la seconde guerre mondiale; de nouvelles professions sont apparues, preuve en est les dix professions de la santé auxquelles la HES-SO prépare. De nouveaux métiers apparaissent encore aujourd'hui comme celui d'assistant en soins et santé communautaire (secondaire II). Cela n'est pas sans effet sur le travail au quotidien qui implique de plus en plus fréquemment des collaborations interdisciplinaires. Un champ de recherche permettant de mieux comprendre l'action et les prestations est nécessaire dans ce monde de changements; mieux comprendre l'action et son articulation avec les autres disciplines permet d'attribuer les bonnes responsabilités aux bons professionnels, dûment formés pour cela. Prenons un troisième exemple: une recherche centrée sur certaines prestations des infirmiers en psychiatrie est actuellement en cours. Elle vise à décrire de manière précise certaines activités réalisées par des professionnels infirmiers qualifiés et à les distinguer de celles qui peuvent être confiées à des assistants voire à des bénévoles⁵.

Je ne résiste pas à vous parler de la recherche menée aux Etats-Unis concernant les effets du

ratio infirmières-patients sur la mortalité⁶. Linda Aiken, docteure américaine en soins infirmiers, a en effet démontré, entre autres, que le passage d'un ratio de quatre patients par infirmier à huit patients par infirmier augmente la mortalité des patients dans un service classique de chirurgie de 31%. Une recherche suisse utilisant la même méthodologie a été réalisée à Bâle, mais les résultats ne sont pas connus à ce jour. Ce qui crève les yeux, c'est que la non qualité, l'affectation de personnes insuffisamment préparées professionnellement, ou en nombre manifestement trop réduit, augmente donc la mortalité, les complications, la durée des séjours etc. Cette non qualité a un impact humain et financier inacceptable... encore faut-il prendre le temps de l'étudier. La recherche est justement là pour cela!

Attribuer les bonnes activités aux bons professionnels permet d'une part d'éviter le gaspillage de compétences et d'autre part d'éviter les effets désastreux de la non-qualité.

Comme vous avez pu le constater à travers ce bref article, la recherche dans les professions de la santé existe; elle doit se développer et ceci n'est possible qu'au sein d'une Haute Ecole, ce que la Suisse romande a bien compris en intégrant les formations de la santé au sein de la HES-SO.

Anne-Claude Allin

Professeure HES La Source
Responsable de programme

- Rossi, I., Fontaine, M., Droz Mendelzweig, M., Pasche, G. (2004), « Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé: approche socio-anthropologique des politiques de santé », in *Perspective soignante*, no 20, pp.125-140.
- Bodenmann, P., Althaus, F., Genton, B., Pécoud, A. (2003), La prise en charge médicale des requérants d'asile en Suisse: évaluation de la qualité et de la fonctionnalité du réseau vaudois (FARMED), rapport d'étude.
- Cette recherche est menée en partenariat par la fondation de Nant, la Haute Ecole de la Santé - La Source et la Haute Ecole de la Santé de Genève.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H., (2002) « Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction » in *Jama*, october 23/30-vol 288, no 16 (Reprinted).

« d'une recherche à l'ouverture d'un nouveau service : un processus dynamique »

La rédaction du journal nous a invité à parler de notre vécu en tant que chercheuses.

Notre première réaction : *c'est avec plaisir que nous participons au journal de l'Ecole!* La deuxième pensée, vient mettre de l'ombre sur cette réponse spontanée : *mais que transmettre au public concerné sans parler de notre recherche sur la violence/maltraitance envers les adultes?*

En effet, il apparaît bien aisé pour nous, chercheuses, de parler *des recherches effectuées*¹, relatives au sujet étudié, mais parler de notre vécu c'est autre chose! Cependant nous avons comme consigne «de parler de notre vécu et non de nos recherches».

Ainsi sommes-nous invitées à *traiter du processus, non pas des résultats!* Quel recentrage exigeant après 5 ans de précieuse collaboration entre une infirmière, souhaitant faire de la recherche, et une femme médecin spécialiste en santé publique, baignant dans la recherche depuis plusieurs années.

Une équipe interdisciplinaire est alors constituée, on lui confie le mandat *d'améliorer les prestations des professionnels de la santé* (au départ d'un service d'urgence) en matière de soins aux adultes victimes de violence ou de maltraitance.

Première phase : *la découverte du sujet*. Que disait-on en 2001 sur la violence et les compétences attendues chez les professionnels de la santé. Quels savoir et savoir-faire infirmières et médecins doivent-ils maîtriser et aussi quel

savoir-être auprès de potentielles victimes? Vers qui assurer le relais dans la communauté après le passage à l'hôpital, de qui est composé le réseau? *Beaucoup de questions et peu de réponses*. Des idées, des conceptions, ... des préjugés aussi et très peu de certitudes. Encore moins de doctrine permettant de légitimer vis-à-vis de nos collègues les bases d'une bonne pratique dans le domaine.

Or, si l'on s'intéresse à la recherche dans le domaine de la santé, il est central de viser à plus ou moins long terme l'acquisition de nouvelles pratiques et surtout de «*bonnes pratiques*» – de guidelines (selon la terminologie médicale anglaise) ou de RPC (recommandations de pratiques cliniques) selon le terme reconnu en francophonie. Dans cette perspective, faire de la recherche c'est donc avant tout questionner l'existant, la pratique et *la confronter à la réalité sociale et environnementale*.

Un des constats de départ fut *notre culture différente face au savoir*. Sans tomber dans la caricature, le tableau suivant se dessine: l'infirmière cherche des réponses et doute peu car elle se doit de transmettre au médecin un avis précis et argumenté. Le médecin accueille cet avis, lui par contre il doute, car c'est un avis professionnel mais il peut y avoir bien d'autres hypothèses. La première (l'infirmière) est for-

1 Pour découvrir le sujet de notre recherche, consultez la publication suivante:

Hofner M-C, Viens python N. «C'est assez» Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. Origine et développement 2000 – 2004, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé 104).

Consultable sur le site: www.iumsp.ch sous publications / Raisons de santé No 104

mée pour vérifier ses hypothèses, développer, appliquer une démarche scientifique de résolution de problème afin de guider son action. Tandis que la seconde (le médecin) est entraînée à douter, à exercer le plus amplement possible son diagnostic différentiel, à s'interroger sur sa lecture du problème et donc conséquemment sur le traitement à ordonner.

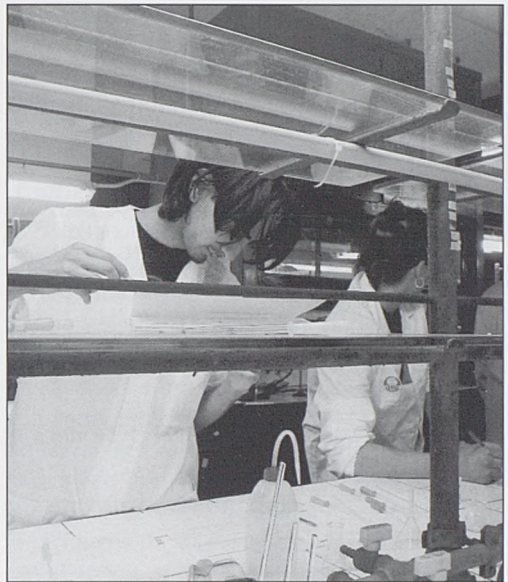
Passé ce constat de référentiel de départ, et enrichies d'un nouveau modèle issu de cette mise en commun, la recherche peut débuter. Quelle est l'étendue du problème étudié dans notre société, dans notre canton, dans notre hôpital? Il nous faut mettre le zoom sur les données locales et aussi élargir l'angle de vision sur les données internationales! Qu'évoque-t-on sur le sujet, que conseille-t-on ailleurs dans les services d'urgence?

Comme nous l'avons souvent dit au cours de ce «quinquennat»: *on ne trouve que ce que l'on cherche!* Ainsi à force de consulter des études, des protocoles étrangers, des recommandations pratiques, la nécessité de connaître l'ampleur du problème dans notre milieu s'est imposée comme une priorité, avant même le développement de pratiques adéquates.

Si en 2001, cette thématique n'avait pas encore la place dans l'actualité qu'elle revêt aujourd'hui, les évènements accablants des dernières années nous ont permis de prendre conscience de l'importance des violences interpersonnelles dans notre société.

Les premiers pas des chercheuses sont souvent centrés sur les données épidémiologiques. Données incontournables pour aborder ultérieurement la question des pratiques avec nos collègues.

Mais vous décrire les étapes ne s'avère pas l'objet de nos propos alors revenons au processus! Comment l'explicitier et en référence à quelle



© Archives Atelier Grand SA

approche? Cette réflexion nous ramène aux origines de cette volonté de faire de la recherche.

D'autres professionnelles sont attirées par la clinique, d'autres par l'enseignement, alors pourquoi la recherche? Nous l'avons dit c'est un chemin qui conduit vers l'élaboration de recommandations d'actions satisfaisantes et surtout la remise en question de pratiques habituelles devenues peut-être caduques, voire même nuisibles! Par conséquent c'est un chemin qui vise l'amélioration continue de la qualité des soins.

Dans cette quête de sens, des lectures plus ou moins surannées refont surface et donnent à cette question un éclairage important. Les propos d'André Ouellet² tirés de son ouvrage «Guide du chercheur, quelques éléments du zen dans l'approche holistique» nous revien-

2 Ouellet, A. Guide du chercheur – quelques éléments du zen dans l'approche holistique» Borcherville: Gaëtan Morin éditeur, 1990.

nent en mémoire. Les pistes décrites pour comprendre le contexte, l'acceptation des aspects objectifs et subjectifs de notre réalité professionnelle, de nos expériences professionnelles et personnelles sont pleines de sens pour nous.

Cet auteur met en garde sur notre capacité à :

- *Changer ma façon de penser et mes habitudes.*
- *Faire des choix judicieux et pratiques.*
- *Communiquer les résultats de ma recherche de façon compréhensible.*
- *Organiser mon travail de recherche dans le temps et l'espace.*
- *Concevoir la supervision de façon attentive et autonome.*
- *Partager les responsabilités entre les différentes forces en présence.*

Ses propos ont déjà plus de 15 ans mais demeurent pertinents et d'une grande actualité.

Comment développer un sujet avec une équipe qui, au total, équivaut à un poste à plein temps³, comment présenter des résultats aux infirmières et médecins afin qu'ils souhaitent revisiter leur pratique spécifique et commune? Savoir maintenir une diffusion efficace auprès des autres professionnels de la santé, du social et du monde politique afin que les enjeux sur cette problématique soient explicites et qu'ils acceptent de devenir des partenaires dans la communauté pour prévenir ces phénomènes (prévention primaire, secondaire et tertiaire)?

Ces questions ont guidé notre travail et permis de développer le programme avec succès: production de données et d'informations sur la réalité du problème, mise en réseau des institutions, élaboration de protocoles d'actions, nombreuses formations dans des contextes divers, et finalement ouverture d'une consultation.

Un cadre méthodologique rigoureux a bien entendu été indispensable à la progression de ce programme alliant recherche et développement. Mais il n'a été possible de réaliser ce « parcours » que grâce à des qualités humaines rarement décrites dans les manuels traitant de méthode de recherche pourtant décisives. Par exemple, il n'est possible de faire preuve d'audace, de créativité que si un climat de confiance règne au sein de l'équipe en question. La liberté de pensée et d'expression s'installe dès lors que les erreurs et les tâtonnements sont admis, comme autant d'expériences enrichissantes pour le projet. Et le projet ne parvient à modifier la réalité que si l'équipe a comme condition sine qua non de collaborer en ayant comme priorité de faire aboutir le projet, et non de faire avancer sa carrière!

La recherche: avant tout un processus et une expérience profondément humaine et collective.

Nataly Viens Python

Baccalauréat en Sciences infirmières DIU Santé publique
Coordinatrice Qualité et Formation AVDEMS

Marie-Claude Hofner Md, PhD, MER

Médecin associée
Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaires.
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Unité de Médecine des Violences de l'Institut Universitaire de Médecine Légale

Adresse de contact:

natalyviens-python@avdems.ch

³ EPT: équivalent plein temps

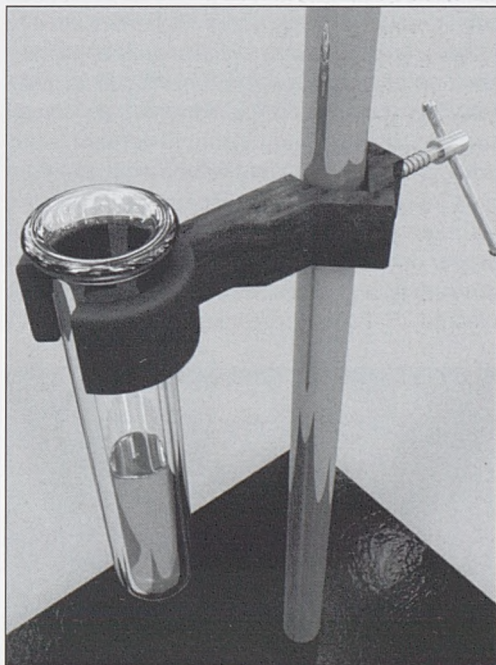
se mettre en recherche

Avec un intitulé tel que «les brasseurs d'idées», le Journal Source pose d'emblée l'activité de recherche sous son plus beau jour.

Les chercheurs, selon les représentations présentes en arrière fond de cette image, seraient ces personnes qui ont compétence, légitimité et temps pour questionner les évidences, revisiter des champs labourés, éclairer d'un nouveau jour des présupposés rabâchés. Idéalement, oui: faire de la recherche devrait autoriser de consacrer temps et énergie à cette saine activité intellectuelle. Mais le luxe serait inouï et peut être même ne serait pas totalement rentable si ce travail se déroulait sans cadre imposé. Les contraintes de temps, d'argent et de thématique ont sans nul doute un effet de canalisation et de rationalisation du travail et de la pensée qui évite une dispersion tout azimut. Cela étant dit, lorsque les démêlés des chercheurs avec les consignes, les cadres et les contraintes focalisent les efforts de ceux-ci, le poids des structures sur la qualité du travail de recherche peut susciter quelques soucis aux chercheurs.

Cette introduction laisse entendre qu'il est difficile de dresser aux lecteurs un paysage limpide des activités de recherche actuelles dans les Hautes Écoles de santé et de travail social. En météorologie, ce paysage serait qualifié d'instable, rendant la prévision difficile. Je tenterais une description qui expliquera, je l'espère, pourquoi je me sens obligée de mobiliser les instances HES de Delémont, la HES-SO, les Hautes Écoles de santé et de travail social ainsi que les réseaux de chercheurs, alors qu'on me demande de rendre compte de ce qu'il en est de la mise en recherche à l'École La Source.

Avec le passage à la HES, l'importance accordée à la recherche dans les activités des enseignants a acquis un poids beaucoup plus central que celui qui lui était dévolu dans la structure antérieure. Une démarche institutionnelle de niveau supra-cantonale a été mise en place, destinée à optimiser le travail de recherche dans chacun des sites et à rendre visible les résultats des activités de cette mission. Dans cette mouvance, chacun des sites de formation a été engagé à définir une politique et une stratégie de recherche qui soient cohérentes à la fois avec les intérêts et compétences propres à son corps professoral et avec les programmes de travail des réseaux de chercheurs transversaux aux différents sites HES de santé et de travail social. Ce vaste travail de réorientation de la recherche dans les HES de santé et de travail social, initié en 2003, est encore à ce jour en phase d'élaboration. Il est d'ailleurs loin d'atteindre une vitesse de croisière puisque des



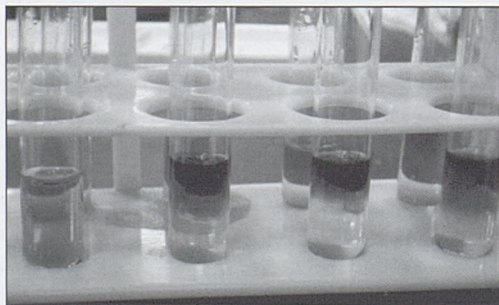
nouvelles consignes, parfois contradictoires avec les précédentes, sont données alors même que la mise en place des structures conformes aux orientations premières est en train de se faire. Je disais bien qu'il s'agissait d'une météo instable...

D'une part, les quatre réseaux de chercheurs, rebaptisés réseaux de compétence, sont actuellement soumis à une évaluation globale de leurs performances au terme de leurs deux premières années d'activité, dans un but de resserrement de leurs programmes respectifs, avec une éventualité qu'un regroupement de certains réseaux soit décidé par les instances décisionnelles. D'autre part, l'intégration de la HES-S2 dans la HES-So provoque également des nouvelles articulations des activités de recherche impliquant notamment des pressions très fortes émanant de la direction de la HES-SO pour le développement d'une recherche qui serait caractéristique aux HES par son orientation vers la pratique. Or n'est-ce pas la caractéristique de la recherche menée jusqu'à présent d'être précisément appliquée aux domaines jugés par les chercheurs comme sensibles en matière de santé et de travail social? Si bien entendu, c'était justement le but poursuivi par l'incitation faite aux chercheurs de s'intégrer dans des réseaux de recherche transversaux au social et à la santé afin d'appréhender les problématiques sociales et sanitaires dans leur globalité. Dans ce cas, où le bât blesse-t-il? Pour la présidence de la HES-SO,

c'est de ne pas avoir encore intégré les multiples compétences en ingénierie, en technique, en gestion et autres richesses artistiques que recèlent la HES-SO comme autant de cordes à même – selon le responsable de la recherche à la direction de la HES-SO – de construire l'arc magnifiquement puissant que pourrait devenir la recherche menée sous cette houlette.

Effectivement, si tel est l'objectif à atteindre, l'orientation vers laquelle les chercheurs des écoles de santé et du social se sont engagés ne pointe pas dans cette direction. Je n'emploierai pas le terme « encore » car il n'est pas dit qu'il y ait consensus sur l'idée qu'une recherche constituée d'un tel arc à multiples cordes soit celle à laquelle souhaitent se rallier les chercheurs. En revanche, c'est avec un très fort intérêt et passablement d'énergie, compte tenu des moyens à disposition en ressources humaines, en temps et en argent, que quelques enseignants de la HES-S2 se sont employés durant ces trois dernières années à élaborer des projets de recherche, à les soumettre à des instances de financement, à préciser leur programme de travail dans le cadre des réseaux de chercheurs et à soutenir les efforts de ceux de leurs collègues enseignants qui trouvent courage et temps pour tâcher de mettre un pied à l'étrier de la recherche entre deux reconstructions de programme de formation.

Dans ce contexte, quelles sont dès lors les « idées que nous avons brassées » à la HES La Source? En 2005, l'URD¹ a défini deux axes prioritaires émanant de thématiques travaillées de longue date dans cette école: l'un étant l'approche communautaire de la santé, l'autre l'axe de la professionnalisation infirmière. Il s'agit avec le premier axe de valoriser un savoir développé dans le cadre de cette école depuis les années 1970 déjà autour de l'enseignement des



1 URD: Unité de Recherche et de Développement

soins dits de santé primaire selon la définition donnée par l'OMS en 1978, enseignement donné notamment dans le cursus post-diplôme du PRISC² et dans le DHEPS³. L'exploitation des expériences accumulées par les anciens et actuels collaborateurs de l'école procure à notre sens matière, compétence, légitimité ainsi qu'une perspective historique non négligeable. Forte de ce bagage, la HES La Source possède des ressources pour confronter les concepts majeurs animant l'approche communautaire de la santé – communauté, participation, autonomie, justice sociale, solidarité, auto-détermination, etc. – au contexte social actuel, pour questionner l'actualisation des principes de santé communautaire et pour promouvoir des projets de recherches ainsi que des recherches-actions dans ce champ. C'est le cas actuellement notamment avec une recherche qui s'intéresse au sens de la prise de risque par des hommes ayant des relations homo et hétérosexuelles ainsi qu'avec une recherche-action réunissant des malades Alzheimer, leurs proches et les soignants.

Le deuxième axe, lié aux pratiques infirmières et à la professionnalisation, a pour intention de rendre visible l'invisible des pratiques infirmières. Ceci coïncide avec l'objectif 2005 que s'est fixé l'Association suisse des infirmières. Cet objectif retient aussi notre attention car l'Ecole La Source a la chance, plutôt rare, de posséder un fond d'archives datant de la fondation de l'école il y aura bientôt 150 ans, permettant de retracer le processus de professionnalisation, pour autant que nous ayons le temps et les compétences pour faire parler les sources. Les nombreux écrits de notre « historienne maison », Denise Francillon, vont dans ce sens et balisent déjà ce terrain d'une manière très riche et précieuse pour la compréhension de l'évolution vécue par la profession infirmière. Les projets de recherches actuellement élaborés sous l'axe de la professionnalisation désirent également confronter les pratiques d'aujourd'hui



© Archives Atelier Grand SA

aux valeurs anciennes et actuelles soutenant la profession. Enfin, dans cet axe de recherche sont également développés des projets tendant à mettre en lumière la part la plus difficilement visible du soin, ce sont les pratiques de l'aide, du soutien, du soin psychique et relationnel.

Alors, est-ce que nous brassons des idées, les bonnes et de bonne manière? Les lecteurs et les instances de la HES en jugeront. Osons espérer que les professionnels avec lesquels nous interagissons et les usagers des systèmes de santé auront également leur place dans ce jugement.

Marion Droz Mendelzweig

Anthropologue

Unité de recherche et de Développement, HES La Source

2 PRISC: Programmes interdisciplinaires en Santé Communautaire

3 DHEPS: Diplôme des Hautes Etudes et des Pratiques Sociales

une mission impossible

Lorsque j'étais petit et que l'on me demandait ce que je voulais faire quand je serai grand, je répondais invariablement «...» Et tout le monde se moquait de moi en me disant que ce qui comptait n'était pas de chercher mais de trouver.

Il faut une certaine dose de masochisme pour envisager de devenir chercheur, surtout dans les soins. Mais je n'ai pas dévié. Chercheur je voulais être, chercheur je serai. J'ai supporté toutes les avanies en me disant qu'un jour ils verraient. Je trouverais. Et ils seraient bien obligés de se rendre à l'évidence. Et moi je savourerais ma vengeance.

Pendant les cours, je rêvais à mes futures découvertes. Je me voyais signant des autographes, passant à l'émission de Michel Drucker le dimanche. Je m'imaginai essayant d'échapper aux hordes d'hommes et de femmes, en furie forcément, qui déchireraient mes vêtements. Je copiais sur mon cahier d'écolier des formules comme celle-ci « information moyenne par signe d'un répertoire est égale à moins la somme des probabilités de chaque signe de ce répertoire multipliées chacune par leur propre logarithme dans la base deux. »¹ Je finissais par me persuader que j'en étais l'inventeur même si j'étais incapable de dire à quoi la formule pouvait bien correspondre. Tous les enseignants vous le diront, rêver n'est pas le meilleur moyen pour devenir chercheur. Je finis donc par rater mon bac en beauté et par me mettre à chercher du travail. C'est ainsi que je fis des recherches sur l'écaillage des huîtres, sur la préparation de la pêche Melba, sur le balayage de supermarché; splendides travaux hélas jamais publiés faute de budget. D'échec en échec, je finis par passer l'examen d'entrée à

l'école d'infirmier de secteur psychiatrique et je devins un de ces ISP² qui font les délices des débats télévisés animés par Jean-Luc Delarue. Vous savez ceux qu'on voit, ivres, dans le public, au fond, en train de beugler pour leur diplôme de droit.

La recherche était alors bien lointaine. J'avais oublié mes idéaux d'enfant et d'adolescent. S'il est bien un domaine où la recherche est impossible, c'est bien dans l'infirmier psychiatrique. Comment faire de la recherche lorsque l'on est cantonné à des tâches de surveillance des patients, quand notre principal geste clinique est de repérer le moment où un patient peut sortir de la chambre d'isolement. Sans autonomie de pensée, sans exercice d'un rôle propre, comment peut-on imaginer faire de la recherche. Mais après tout chacun a sa représentation de la recherche et des chercheurs. Certains imaginent le chercheur comme un savant un peu chauve, avec des lunettes et une blouse blanche, penché sur un microscope électronique en train de traquer le virus de la schizophrénie. D'autres l'imaginent en sociologue imprécateur, genre Bourdieu. Chacun habille son chercheur avec sa panoplie mentale certains en tiennent pour les cornues, d'autres pour les protocoles. On trouve des savants fous, et des savants mous, des marxistes et des capitalistes, des génies aux cheveux bouclés qui tirent la langue et des Le prince Ringuet aux splendides oreilles décollées. Pour moi, un chercheur, c'est quelqu'un qui est nu dans son bain aromatisé et qui se lève en hurlant «êka»³ et se met à danser, toujours nu, autour de ses maîtresses stupéfaites. Je me demande même s'il n'a pas un début d'érection. Chacun a sa représentation de la recherche et des chercheurs, mais nul n'a jamais pensé qu'une « infirmière »

1 Formule de Shannon, à l'origine de sa célèbre théorie mathématique de la communication.

2 Infirmier de Secteur Psychiatrique.

3 «ai trouvé», anecdote rigoureusement authentique, à l'érection près.

pouvait faire de la recherche, et clinique, en plus s'il vous plaît. Chez les infirmiers, les seules chercheuses qui existent sont canadiennes.

Le jeudi, c'est séminaire

Mais revenons à mon histoire. Comment suis-je devenu chercheur alors que rien ne m'y prédisposait.

En soignant tout simplement. C'est sur le terrain, confronté aux difficultés psychiques des patients réels que je suis devenu clinicien puis chercheur. Il faut dire que j'ai eu la chance de travailler dans un secteur qui se préoccupait de formation. Deux jeudis par mois, pour moi c'était jour de fête. C'était séminaire. Leon Dreyfuss, le médecin-chef du secteur, avait mis en place ce séminaire autant pour la formation des internes et des médecins que pour celle des infirmiers. Toute l'équipe pluridisciplinaire pouvait y participer. Nous regardions ensemble un entretien magnétoscopé, dont un psychiatre à la retraite, le Dr Lauras, nous expliquait les subtilités. Sur le plan de la clinique psychiatrique pure, c'était fabuleux. Chacun y allait de ses commentaires, de ses hypothèses. Comme il s'agissait de patients hospitalisés dans le secteur, nous les connaissions et participions à la discussion en apportant nos remarques, nos observations. Il y avait là tout un secteur à l'œuvre, tout un travail de pensée en commun. En partant de ces séances, nous pouvions vérifier nos propres hypothèses de soin. Si la psychopathologie servait de prétexte, la dynamique psychique n'était pas oubliée, ni les «...» théories (Lacan, les théories systémiques, etc.) qui arrivaient petit à petit. Ainsi avons-nous parfois plusieurs explications en même temps. A nous de nous y repérer. J'appréciais également beaucoup les séminaires à thème. J'ai donc eu la chance de baigner dans une atmosphère qui favorisait la réflexion et qui encourageait chacun à s'exprimer. J'ai ensuite travaillé dans un hôpital de jour dans lequel nous



© Archives Atelier Grand SA

faisions chaque semaine l'étude clinique d'un patient. Chaque soignant décrivait et faisait des hypothèses sur les mouvements que traversait le patient dans les séquences de soins dont il était responsable. La pluridisciplinarité était une grande richesse. Je dois beaucoup à mon compère François Benoit, psychomotricien, puis psychologue. Aussi quand j'ai décidé de me réinscrire à l'université étais-je déjà bien rodé à la réflexion clinique.

Pourquoi faire de la recherche clinique lorsque l'on est infirmier

La recherche infirmière s'inscrit dans un mouvement de réflexion national et international. La notion d'évaluation utilisée dans les pays anglo-saxons dès les années soixante, apparaît en France dans les années soixante-dix. Elle est liée à l'augmentation quasi-exponentielle des dépenses de santé. Les neuvième et dixième plans se fixent comme objectifs la modernisation du système de soins qui doit répondre à la diversité des besoins et aux aspirations de la population tout en maîtrisant l'évolution des dépenses. Cette gestion plus efficace suppose des instruments d'évaluation et de contrôle nouveaux. Et patati et patata. Je langue de bois. Je technocrate. On se croirait à l'ANFIIDE⁴. Je vais vous endormir si je continue comme ça.

4 Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers, Diplômés et Etudiants.

Non, si je fais dans la recherche, c'est que je ne supporte pas la réalité de la maladie et de ce que l'on met en place pour la contrôler. J'aime par dessus tout aller à la rencontre de l'autre, et tenter d'établir une communication avec lui, même si je sais qu'au fond il y a là une part d'impossible, ce que traduit bien la formule du début. Pour pouvoir être pleinement soignant, j'ai besoin de prendre de la distance avec ce que je vis avec un patient ou un groupe de patients. La recherche clinique est un des moyens à ma disposition pour être suffisamment à distance, c'est-à-dire suffisamment proche. Je ne peux concevoir le soin sans la recherche clinique. Il s'agit des deux faces d'une même pièce. J'aime ce mouvement mental qui nous fait aller du particulier au général ou du général au particulier. J'aime ces univers mentaux dont je découvre la richesse avec la joie et les précautions d'un explorateur en quête des sources du Nil. Oui du Nil. Je suis un explorateur, un ethnologue du quotidien hospitalier. J'aime ces hommes et ces femmes qui acceptent un instant, un instant seulement, de me laisser entrer dans leur monde intérieur. J'aime cet effort que cela implique chez moi. J'aime cette sensation parfois d'être un funambule sur un fil qu'un souffle de vent suffirait à faire chuter. J'aime l'angoisse que je ressens parfois. J'aime et je respecte ces hommes et ces femmes qui combattent simplement pour que le monde continue à exister, à être habitable. La recherche, ça me colle à la peau. C'est comme une seconde nature. C'est presque une question d'équilibre interne. J'aime cette frénésie qui s'empare de nous à certains moments lorsque les hypothèses se vérifient ou sont infirmées. J'aime aligner mes petits bâtons et voir au détours des questionnaires se dessiner des tendances, j'aime voir apparaître progressivement une certaine réalité, parfois étonnante au cours d'une enquête. J'aime que la recherche me surprenne, qu'elle m'oblige à aller plus loin. J'aime quand des chiffres secs me permettent de faire un saut de côté, de mieux comprendre



© Archives Atelier Grand SA

celui qui est à côté de moi. La recherche au fond ça ne sert qu'à ça. A faire des sauts de côté. A se rapprocher de l'autre. Sans autre, pas de recherche clinique.

Ainsi que l'écrit Françoise Martel, une science, c'est avant tout « une attitude celle de l'aventure et cela ne se fait ni sans défi, ni sans lutte et parfois même combat (lire l'article de Marie Rajablat à ce sujet). Une science est une quête, une démarche pour habiller le vrai; d'ailleurs le propre de la scientificité n'est pas de refléter le réel, mais de le traduire en théories changeantes et irréfutables. »⁵

Et même si ce que j'écris en introduction n'est qu'une fabulation, qu'un anti-mythe, « L'esprit scientifique contribue à éclairer c'est l'art de découvrir, de comprendre et de savoir utiliser. Son domaine est celui des vérités complexes, jamais démontrées, postulées, valables jusqu'à leur réfutation. Ainsi la science consiste à découvrir constamment des problèmes nouveaux et à soumettre les réponses à des tests renouvelés de plus en plus affinés. »⁵

⁵ Martel (F), in Recherche en Soins Infirmiers n°

La recherche clinique est une exigence. Elle procède d'un sentiment d'insatisfaction face à la réalité. Comment ne pas être insatisfait face à la maladie, à la souffrance de cet autre isolé dans son dedans, qui vit dans un monde disloqué, dont le corps est morcelé, qui est plongé quotidiennement dans un film d'horreur qu'il ne peut partager. Comment être satisfait aussi longtemps que nos soins ne sont que cataplasme sur une jambe de bois. Et sans recherche clinique, ils ne sont que cela.

La recherche clinique c'est de la passion. Mais après tout, sans passion pourquoi être soignant, autant pointer à l'ANPE⁶ ou travailler à la RATP.⁷

Qu'est-ce que la recherche clinique pour un infirmier ?

Le verbe rechercher vient du bas latin *circare* aller autour qui a donné «...». Rechercher signifierait étymologiquement «parcourir en cherchant», soit parcourir en allant autour, en tournant autour d'un objet, soit fureter. Le Petit Robert propose différents sens au mot «...» «de l'esprit pour trouver une connaissance, la vérité», c'est aussi «travail, les travaux faits pour trouver des connaissances nouvelles, pour étudier une question» et enfin «ensemble des travaux, des activités intellectuelles qui tendent à la découverte de connaissances et de lois nouvelles». Il s'agit d'«un effort conscient, méthodique et insistant.» La recherche en soins, la recherche clinique ne peuvent appartenir qu'au dernier type.

Un chercheur-infirmier, c'est un fureteur. Il est en mouvement autour d'une question qui le titille, qui part de la rencontre avec un patient et de ce qu'elle produit pour chercher une généralisation. La recherche c'est une dynamique, c'est d'abord prendre en compte ce que la réalité, ce que la rencontre avec cet autre souffrant provoquent en soi. Le chercheur-infirmier n'est pas, à distance de ce qu'il observe. Il ne s'abrite

pas derrière son protocole de recherche, ni derrière un microscope. Il est dedans. Il participe et c'est là qu'est toute la complexité de son travail. Dans ce sens, la recherche en soins ou la recherche clinique appartiennent aux sciences humaines qui impliquent l'observateur et où l'observateur s'implique. Elle a peu à voir avec la recherche médicale. Elle suppose des méthodologies particulières et spécifiques qui n'ont rien à voir avec celles des sciences exactes qui séduisent pourtant tant de chercheurs.

La recherche en soin est le plus souvent une recherche/action, c'est-à-dire «une étude qui, ayant un certain projet de changement, transpose des connaissances théoriques dans le milieu naturel étudié et en dégage des renseignements susceptibles de généralisation pour aboutir à la production d'un savoir théorique.»⁸ Elle s'appuie sur une observation participante orientée non pas vers la vérification d'hypothèses mais surtout vers la compréhension des pratiques dans leur globalité. L'un des objectifs est de susciter, chez les acteurs, une prise de conscience des conditions nécessaires au changement.

La recherche clinique, telle que la définissent les responsables du PHRC⁹ «est une activité de recherche effectuée chez l'homme et dont la finalité est l'amélioration de la santé humaine dans le respect fondamental de la personnalité et de l'intégrité de chaque individu. Elle est située en aval de la recherche expérimentale sur laquelle elle s'appuie mais dont elle est distincte. Il s'agit d'une recherche hospitalière, encouragée par les délégations à la recherche clinique des Centres Hospitalo-Universitaires, ouvertes à tous les établissements, publics et privés, participant au service public hospitalier et donc soumis au

6 Agence Nationale pour l'emploi.

7 Régie Autonome des Transports Parisiens.

8 Grand Dictionnaire de Psychologie Larousse, Paris 1990.

9 Programme Hospitalier de Recherche Clinique.

budget global.»¹⁰ Tout cela est bien restrictif pour des soignants qui interviennent au domicile des patients, qui les accompagnent en ville autour d'activités ciblées, qui arpentent les secteurs et sont confrontés quotidiennement à un certain effritement social qui retentit parfois sur la santé psychique des individus voire compromet gravement leur retour à une vie «...». Toute la question est de définir la clinique en tant que champ de réflexion non spécifiquement médical. Par clinique, on entend classiquement «*de méthodes visant l'acquisition de connaissances par l'observation des phénomènes morbides ou non présentés par le sujet dans l'ensemble de sa situation sans recours aux techniques de laboratoire et autres. La méthode clinique, impliquant essentiellement la rencontre du clinicien avec le sujet, suppose, outre l'utilisation fournie par l'anamnèse et les divers examens, l'interprétation par le sens clinique (synthèse de l'observation, des connaissances, de l'intuition et des expériences antérieures) des conduites présentées au cours de cette rencontre et des examens.*»¹¹

Pour le Petit Robert, la clinique est l'ensemble des données obtenues par l'observation directe des malades. Le mot «...» vient de *clanicus* latinisation du grec *klinikos* dérivé de *klinê* (le lit mais aussi la salle des malades). Tout cela venant de la racine indo-européenne *klei* incliner, pencher. Le *klinikos* était le médecin qui se donnait la peine de se pencher au chevet du malade par opposition à l'*empereikos* qui se prévalait de son expérience pour donner ses conseils à distance.

Définir la notion de clinique infirmière à partir de cette notion de proximité du patient n'apparaît pas aberrant. Les médecins ne sont pas les seuls professionnels caractérisés par leur contact avec les patients et par leur capacité à les observer.

Qui rencontre-t-on aujourd'hui au chevet des

patients. Les médecins, ils se font de plus en plus rares. Il y font trois petits tours et puis s'en vont. Faute d'effectifs suffisants, ils sont de plus en plus des empereikos. Au chevet des patients, on trouve les infirmiers. Les malades aujourd'hui, sauf à l'hôpital général, ne se rencontrent plus exclusivement autour d'un lit. Ils font de l'escalade, de la voile au cours de séjours sociothérapeutiques. C'est lors d'une course croisière en pleine mer dans un espace à la fois exigü et immense que François va connaître une crise d'angoisse. Ils accueillent les infirmiers à leur domicile dans leur intérieur. Ils fréquentent des ateliers thérapeutiques. La rencontre s'effectue autour d'une pièce de poterie, d'un ordinateur ou de tout autre objet médiateur de la relation. C'est ainsi que Sylvie me demande de lui recoller la tête car elle a laissé sécher trop vite la pièce qu'elle a façonnée. Le soin est de moins en moins hospitalier et de plus en plus communautaire.

Comment alors définir une recherche clinique infirmière en psychiatrie

Le rôle infirmier consiste à aider la personne malade et son groupe de référence à accepter, intégrer, et dépasser la crise existentielle impliquée par la maladie en utilisant tous les éléments de la vie quotidienne hospitalière et extra-hospitalière, et notamment leurs aspects corporels, psychologiques, relationnels et sociaux. La clinique infirmière en psychiatrie repose donc sur la rencontre de l'infirmier et de l'équipe infirmière avec le sujet et son entourage dans un contexte dont chacun des partenaires doit être le créateur. Elle suppose le recueil des données relatives à la maladie, à la façon dont le sujet y réagit, aux représentations qu'il y associe, aux objectifs de soins qu'il est prêt à se donner, au sens qu'il lui donne. Elle

10 Programme Hospitalier de Recherche Clinique, Définition des concepts.

11 MORFAUX (L.M.), Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines.

implique une interprétation de ces différentes données et leur évaluation. C'est là qu'est le champ d'une recherche clinique ou d'une recherche en soin.

Si la clinique médicale est relative à l'observation des phénomènes morbides faite au lit du malade, la clinique infirmière se rapporte, elle, aux réactions à l'alitement, aux soins proposés, à ce qu'ils supposent chez le patient, à ce qu'ils mobilisent ou non dans sa famille et son entourage et aux réactions que cela provoque chez l'infirmier, et dans l'équipe.

Parmi les différentes méthodes utilisées, ainsi que le note Xavier Averso¹², la monographie apparaît comme un outil particulièrement utile au chercheur. La monographie n'implique pas de budget important. Elle fut mise au point par Frédéric Le Play pour l'étude des problèmes sociaux liés à la condition ouvrière en Europe. Elle se définit comme un ensemble d'investigations portant sur un phénomène concret et donnant lieu à une description aussi complète que possible. Elle présente deux caractéristiques son objet est limité (famille, village, service de soins, histoire clinique), cet objet est décrit de manière aussi exhaustive que possible dans sa singularité et toutes ses particularités.

Il est évident que l'absence de troisième cycle portant sur les soins prédispose admirablement les infirmiers qui veulent faire de la recherche à l'approvisionnement de ces différentes méthodes de recherche.

Comment faire pour

Vous voulez faire de la recherche en soins Attendez-vous au pire. Aucun cadeau ne vous sera fait. Pour vous y préparer, prenez une carte au RPR à Paris, ou chez les Verts, ou dans un groupuscule d'extrême-gauche, un de ces trucs où l'on se déchire à belles dents pour un peu de pouvoir. Si vous réussissez à survivre, vous serez presque prêt. Apprenez par cœur «Prince» de



© Archives Atelier Grand SA

Machiavel, vous pouvez rajouter quelques traits de stratégies. Metternick, Bismarck sont de bonne compagnie. La Guerre des Gaules de Jules Caesar vous aidera à percevoir les enjeux institutionnels à l'œuvre. La lecture de Lénine et de Trotsky peuvent vous être également utiles.

Je ne plaisante pas. Vous n'avez aucune chance de mener à bien vos projets de recherche si vous n'êtes pas dotés d'un solide bagage en théorie et stratégie politique. Vous arrivez dans un monde hostile qui ne vous attend pas et dont vous allez bousculer tous les équilibres. Vous allez devoir faire face à de nombreuses attaques souvent déloyales. Le système essaiera de vous briser par tous les moyens.

Votre seule chance de survivre est de repérer les différentes interactions, les alliances, les pouvoirs réels et officieux, les réseaux de communication, les groupes de pression, les moyens directs et indirects de pression que vous pouvez exercer, les amants, les maîtresses. Vous devez parfaitement connaître le terrain sur lequel vous voulez intervenir. N'oubliez pas les syndicats Vous êtes aussi dangereux pour eux

12 AVERSO (X), *Initiation à la recherche*, Notes de cours.

que le directeur de l'ANAES¹³. A vous seul, vous êtes une remise en cause des avantages acquis. Le droit à la chronicité est quasiment inscrit dans la constitution de l'institution.

Vous devez parfaitement vous connaître. Vous ne pourrez au début compter que sur vous et sur vos ressources. Si vous fonctionnez sur le registre «émissaire», si vous portez en vous la moindre once de culpabilité, de recherche de la punition, n'essayez même pas. Travaillez ce point impérativement. Le système vous accusera à la faute. Vous finirez par être interdit professionnellement. Ne commencez que lorsque vous aurez travaillé ce point. C'est également une question de survie.

Vous n'avez aucune légitimité. Vous avez à faire vos preuves, mais plus vous les ferez, plus vous serez dangereux et plus le système cherchera à vous attaquer. Méfiez-vous de vos réussites comme de la peste. N'hésitez pas à rater des choses sans importance. Faites en sorte de ne jamais dépendre réellement de qui que ce soit. Vous êtes hors hiérarchie, c'est votre limite mais c'est aussi votre chance, ne les bradez pas.

Soyez sur le terrain, c'est votre seule légitimité, c'est ce qui fera que vos collègues vous reconnaîtront, c'est ce qui fera que vous garderez un contact avec les patients, c'est ce qui vous évitera de vous assécher. Refusez les promotions qui vous éloigneraient du terrain, c'est un piège. On veut vous écarter de la clinique pour que vous ne soyez plus crédible. Trouvez-vous des partenaires à l'extérieur de l'établissement. Publiez. Publiez très vite. Publiez même n'importe quoi d'à peu près correctement écrit. Il est essentiel que le système se rende compte que s'il vous titille d'un peu trop près, il prend le risque que ses petits secrets soient dévoilés au grand public.

Donnez-vous du temps. Ne cherchez pas à changer quoi que ce soit. De toute façon le système est trop chronique pour évoluer. Il vous faut faire en sorte que le prix à payer pour l'immobilisme soit supérieur à celui que représenterait le changement. Trouvez-vous un espace de supervision. Faites en sorte de toujours avoir un coup d'avance et pour cela attendez-vous au pire. Méfiez-vous des sourires, des louanges. De toute façon ce que vous, vous faites est nul. Donc si l'on vous complimente, c'est que cela cache quelque chose. L'essentiel, ce ne sont pas les mots, ce sont les actes. Des promesses qui ne coûtent rien, vous en entendrez beaucoup.

Apprenez à mendier. La recherche c'est 50 % de recherche de budget et d'écriture de projet qui ne seront pour la plupart pas lus. Mendier c'est facile, ce qui compte c'est d'apprendre le vocabulaire. Apprenez la langue de bois à la mode. Entraînez-vous. Apprenez à parler pour ne rien dire.

Et s'il vous reste un peu de temps et d'énergie, vous ferez un peu de recherche sur le terrain avec vos collègues.

Vous voulez toujours faire dans la recherche, eh bien bonne chance !

Dominique Friard
ISP Lagagne (05)

Article paru dans : *Revue Santé Mentale*, no 55, février 2001, pp. 18-24.

Cagna
FLEURS

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



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

13 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

voyage avec l'Association de La Source dans le Gâtinais

Ce voyage, que du bonheur!

La retraite me permet enfin de participer aux activités de l'Association. Donc la jeune retraitée que je suis décide de partir en voyage avec les collègues.

Qui seront les participantes? Comment s'appellent-elles? Quel âge ont-elles? Je serai certainement la benjamine! Peu importe, je fais le pas.

Que de plaisir à me trouver parmi toutes ces dames, alors qu'elles se connaissent déjà toutes et participent à ces voyages depuis des années. L'esprit Source souffle. Il opère par magie, il imprègne les contacts, anime le groupe; mon intégration se passe en parfaite harmonie, je me sens à l'aise. Les rencontres avec mes aînées sont passionnantes par leur vécu, par leurs expériences, par les situations drôles, parfois comiques qui leur sont arrivées dans le quotidien professionnel.

Que dire du voyage: une organisation parfaite, le choix des sites bien pensé et varié. Des journées passées à un rythme adapté aux âges et handicaps. Les organisateurs, Huguette et Christian, le chauffeur adoré de ces dames, des PRO.

Quelques mots au sujet de la responsable, notre chère et dévouée Huguette Muller, une mère qui veille avec amour sur ses protégées, avec infiniment de patience et d'attention. Merci Huguette pour ton grand CŒUR.

A vous toutes, chères collègues jeunes ou moins jeunes qui hésitez encore, je vous encourage à rejoindre les fidèle participantes au voyage de l'Association. Cela en vaut la peine, il en reste comme un goût de reviens-y.

Je vous salue cordialement et au plaisir de vous revoir.

| *Suzanne Götz-Graber*
Volée printemps 1962

anniversaire de l'Association

Le 14 novembre 2006 nous avons fêté le centième anniversaire de l'association des infirmières. Une émotion intense nous saisissait en entrant dans cette cathédrale de Lausanne, fleurie, remplie de monde.

A cette occasion j'aimerais rendre hommage à notre présidente, qui tout au long de cette année, s'est démenée pour pouvoir nous faire partager dans la joie cet événement. Elle a su mobiliser les anciennes, se faire épauler par les jeunes et moins jeunes qui ont donné de leur

temps, de leur générosité pour apporter à cette célébration la grandeur qu'elle méritait. Ce fut un moment de pur bonheur. A toi, Huguette, nous disons merci.

Pour vous tous je forme des vœux de bonheur pour la nouvelle année.

| *M.-C. Siegfried*



La Performance

Elle est présente au berceau dès la naissance
 Qui est pour la mère et l'enfant LA PERFORMANCE.
 De l'humain dès lors elle titillera l'ego
 Il faut sourire et faire ses dents toujours plus tôt.
 Les parents, fiers et ravis, prônent ces exploits
 Et cela va durer tant que leur enfant croît.
 Puis chez l'adulte insidieusement elle s'immisce
 Le stimulant pour qu'au sommet il aboutisse.
 Que ce soit physique, scientifique, intellectuel,
 Et même dans l'économie et le virtuel,
 Dans tous les domaines il faut être le meilleur
 Quitte à lâcher ceux qui vivent d'autres valeurs.
 Tel un virus, elle envahit la planète
 Créant déséquilibre, affrontement, disette.

En ce temps de Noël, que l'homme se rappelle
 Que la vie sur cette terre n'est pas éternelle
 Et le plus beau cadeau du ciel est sa naissance
 Qui représente sa plus belle performance.
 L'autre, la dernière, sera pour quitter la planète
 Et comme le dit Eugène Manuel, le poète,

« Enfants, à votre première heure
 On vous sourit et vous pleurez,
 Puissiez-vous, quand vous partirez,
 Sourire alors que l'on vous pleure! »

Joyeux Noël à tous

Huguette Muller

décès

Sarah Torti-Vallotton (volée 1949)
décédée en juillet 2006

Anne-Marie George-Golay (volée 1941)
décédée le 26 août 2006

Marie-Jeanne Oddou-Du Pasquier (volée 1936)
décédée le 16 septembre 2006

Claire-Lise Thuerler-Vallotton (volée 1951)
décédée le 13 octobre 2006

Mireille Baechtold (volée 1950)
décédée le 6 novembre 2006

Toute notre sympathie aux familles
dans le deuil.

nouvelles adresses

BESSON-SCHEURER Carole
En Praz Lombert
1080 LES CULLAYES

BRENDLE-DUFOUR Marianne
Seestr. 33A
8712 STAFA

CHAIGNAT Agnès
Rüfestr. 5
9490 VADUZ LIECHTENSTEIN

HENTSCH Sandrine
Av. de la Confrérie 25
1008 PRILLY

JOSEPH-ALTMANN Christine
Ch. des Grands Champs 4
1092 BELMONT-LAUSANNE

METRAILLER AL-SAYEGH Jocelyne
Impasse de la Guérite 8
3960 SIERRE

NEF-MATHEZ Francine
Höhenstr. 43
8954 GEROLDSWIL

SAVOY-PERRIER Ginette
Rue du Vieux-Moulin 2
1323 ROMAINMÔTIER

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Anne-Claude Allin, Phyllis Wieringa, Brigitte Jaquet.

Responsables de la parution

Jacques Chapuis, directeur.
Alexia Stantzios, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice

Les textes à publier sont à adresser,
à A. Stantzios et V. Hausey-Leplat:
avenue Vinet 30, 1004 Lausanne
e-mail: a.stantzios@ecolelasource.ch
e-mail: v.hausey-leplat@ecolelasource.ch

Abonnement

Fr. 47.50 par an, (étranger: Fr. 52.50, retraités
à l'étranger Fr. 37.50); AVS Fr. 32.50; étudiants: Fr. 20. –
CCP 10-16530-4

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

Directeur

Jacques Chapuis

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
Internet: www.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

ISSN 1660-8755

J A B

1052 Le Mont

PP/Journal

CH-1052 Le Mont

A temps plein ou à **temps partiel**

Formation d'infirmier et infirmière HES - Bachelor



- La profession d'infirmier/ère
- Les conditions d'admission
- La formation à **temps partiel (75%)**
entrée le **19 février 2007**



Séances
d'information

Hes·so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz