

Automne 2026

Le dossier

Cap sur la santé mentale



Nouvelles de l'École

- Le Campus Santé ouvre officiellement ses portes (p. 29)
- Le partenariat patient pour transformer la recherche et la formation en santé (p. 35)

Sommaire

Édito

Ça va l'chalet ?

3

« Je serais incapable de poser
du papier peint »

32

Le dossier

La santé mentale: un enjeu qui
nous concerne toutes et tous

4

Le partenariat patient pour transformer
la recherche et la formation en santé

35

Péril jeune: pourquoi la Suisse manque
encore de chiffres fiables ?

6

Des chemins qui mènent aux soins :
« Les troubles alimentaires n'arrivent pas
par hasard »

37

Une compétence infirmière transversale
au cœur de la formation

8

Coup de cœur

Dépasser la colère

39

Santé mentale du personnel de santé :
la perspective de SCOHPICA

11

La rubrique de Tata Dom'

Et si notre santé mentale résidait
dans les bons soins apportés
à notre deuxième cerveau ?

40

Ce que l'exil ne dit pas

13

Stigmatisation du suicide
et accès aux soins

15

Récits de vie en santé mentale :
du témoignage au savoir

17

Recette

Brownies aux haricots rouges
et beurre de cacahuètes

42

La musicothérapie comme
instrument de soin

20

Chronique d'un projet de formation
trop précurseur

22

Besoin d'aide ?

24

Agenda

Vos prochains rendez-vous
avec la santé

27

Nouvelles de l'École

Le Campus Santé ouvre
officiellement ses portes

29

Les abeilles et les champs de fleurs

30

Dans le *Journal La Source*, le choix du langage est laissé
aux auteur·rices pour leur article. La formulation épiciène
ou inclusive est privilégiée, mais là où elle n'est pas utilisée,
ce qui est écrit au masculin se lit au féminin et inversement.

Sauf mention, le copyright des photos utilisées est attribué
à l'Institut et Haute École de la Santé La Source, elles ne
peuvent pas être utilisées sans son accord.

Ça va l'chalet ?

Par **David Trotta**, rédacteur en chef du Journal La Source, Institut et Haute École de la Santé La Source

Il y a des jours, faut-il bien admettre, la tête ne suit pas vraiment. Une fatigue passagère. Une morosité ambiante. Pas de raison de s'alarmer, diraient certains.

La question prend en revanche une autre ampleur quand on aborde de front la tentaculaire thématique de la santé mentale, enjeu majeur de santé publique s'il en est, qu'on peine pourtant encore à mettre sur le devant de la scène. Au grand dam d'une société entière, pour un réel défi collectif, trop longtemps cantonné à la sphère individuelle, intime. Par pudeur ? Par mécompréhension ? Par mépris ? Allez savoir.

N'en demeure pas moins un lot de questions toujours ouvertes, pour comprendre et saisir les mille entrées et mille enjeux qui entourent la santé psychique de tout un chacun. Tant à l'échelle individuelle que collective. Des interrogations qu'il est plus que jamais nécessaire de placer sous le feu des projecteurs, condition *sine qua non* pour une réelle prise en soin des individus autant que d'une société dans son ensemble. À plus forte raison dans un monde et à une époque qui montrent chaque jour tous les signes d'un besoin criant d'une réelle prise de conscience. Sachant qu'en Suisse, et contrairement à tout ce que nous montre la recherche scientifique dans le domaine, d'autres tentent de compliquer l'accès à des soins essentiels, en durcissant le remboursement des psychothérapies par l'assurance maladie obligatoire. Franchement, ça va la tête ?

Reste donc à comprendre de quoi il est véritablement question. Ce que vous propose cette nouvelle édition du Journal La Source, en plongeant dans les tréfonds de la santé psychique, de la définition de la santé mentale aujourd'hui en passant par un regard détaillé sur celle des jeunes, des soignantes, des migrant·es. Un dossier qui propose aussi un regard sur les récits de vie, essentiels en santé mentale, ainsi que sur les prises en soins moins classiques, aux effets prouvés, via des méthodes éprouvées.

Bonne lecture.

Le dossier

La santé mentale

Un enjeu qui nous concerne toutes et tous

Par les membres du **Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Santé mentale et psychiatrie**, Institut et Haute École de la Santé La Source

La santé mentale et les troubles psychiques s'inscrivent dans un même continuum de vie, influencés par les ressources personnelles, les relations sociales et les conditions de vie. Promouvoir la santé mentale et offrir des soins spécialisés en psychiatrie sont deux approches complémentaires, indispensables pour répondre aux besoins des personnes.

Longtemps associée uniquement à la maladie psychique, la santé mentale est aujourd'hui reconnue comme un élément essentiel de notre santé globale. Elle concerne chacun·e d'entre nous tout au long de notre vie, et ne se résume pas à l'absence de troubles psychiques.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2025), avoir une bonne santé mentale signifie pouvoir faire face aux défis du quotidien, développer ses capacités, entretenir des relations satisfaisantes et contribuer à la vie communautaire. Pourtant, notre équilibre psychique n'est jamais figé. Il évolue au fil des événements de vie, des réussites, des difficultés, des ressources dont nous disposons et du soutien que nous recevons.

Prendre soin de sa santé mentale, c'est apprendre à reconnaître les signes de déséquilibre avant qu'ils ne s'installent durablement. C'est aussi cultiver ce qui nous aide à avancer : des relations de confiance, un sentiment d'utilité, l'espoir, une identité positive et la possibilité d'agir sur sa propre vie.

La santé mentale est influencée bien au-delà du système de soins. Les conditions de logement, le travail, le revenu, l'éducation, les liens sociaux ou encore l'accès à la culture et aux espaces de

rencontre jouent un rôle déterminant. Ces facteurs, appelés déterminants sociaux de la santé, montrent que promouvoir la santé mentale est une responsabilité collective (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, s.d.).

Indicateurs favorisant la santé mentale

Une santé mentale épanouie se caractérise par un ensemble d'indicateurs parmi lesquels figurent le bien-être subjectif, la satisfaction à l'égard de sa vie, la confiance en soi, le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que la capacité à participer activement à la vie sociale et communautaire.

La qualité de vie constitue également une dimension essentielle, soutenue par des habitudes favorables à la santé telles qu'une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et un sommeil réparateur. Les relations sociales positives, le sentiment d'appartenance, le soutien des proches et la présence de personnes de confiance contribuent au développement d'un sentiment de sécurité et de bonheur.

Enfin, l'acceptation de soi, le sentiment de cohérence dans sa vie et la perception d'un bon équilibre personnel constituent des marqueurs importants d'une santé mentale florissante. Ces



indicateurs rappellent que la santé mentale est un état dynamique, influencé à la fois par les ressources individuelles, les relations interpersonnelles et les conditions de vie dans lesquelles les personnes évoluent (Townsend & Morgan, 2017).

Soins infirmiers en santé mentale

Face aux problèmes de santé mentale, la psychiatrie, les services de première ligne et les services spécialisés apportent une expertise essentielle. Ils permettent d'évaluer les problématiques, de limiter l'aggravation des symptômes et d'apaiser la souffrance. Cette démarche repose sur l'intégration indispensable des savoirs expérientiels des personnes concernées, des proches, des professionnel·les de la santé et du social, des écoles et des entreprises. Ensemble, ces acteur·rices proposent un accompagnement global, centré sur la personne et le respect de ses droits, favorisant ainsi son autonomie et son intégration dans la société. Toutefois, les services de santé mentale restent encore sous-financés, ce qui retarde les développements dans ce domaine.

Les soins infirmiers en santé mentale occupent une place centrale dans le système socio-sanitaire. Par leur proximité avec les personnes et leurs familles, les infirmier·ères contribuent à la prévention, au rétablissement et au maintien du pouvoir d'agir des personnes concernées.

Un laboratoire dédié

Le Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Santé mentale et psychiatrie de La Source (LER SMP) entend favoriser des interventions infirmières de qualité pour une santé mentale optimale des populations. En tant que laboratoire académique, le LER SMP ambitionne de favoriser l'accès à des soins de promotion, de prévention ainsi qu'à des interventions interprofessionnelles probantes et durables en santé mentale et psychiatrie. Le LER SMP œuvre à assurer un haut niveau de formation pour les futures infirmier·ères grâce à une formation initiale de qualité et des équipes pluridisciplinaires confirmées par la formation postgraduée. De plus, le laboratoire maintient d'étroites collaborations avec les équipes cliniques, les associations, les personnes concernées et leurs proches pour une amélioration continue des pratiques.

En créant des environnements plus inclusifs, solidaires et attentifs aux besoins de chacun·e, nous contribuons collectivement à une société plus saine, où il est possible de demander de l'aide sans peur et de trouver sa place, quelles que soient les épreuves traversées. Le retard pris dans la considération de la santé mentale aujourd'hui pénalise aussi les soins de demain. Il est donc indispensable de remettre les enjeux de santé mentale au centre des préoccupations de nos services interdisciplinaires et des centres de formation (WHO, 2021).

En chiffres (Obsan, 2025)

En Suisse, plus de 90% de la population déclare avoir une bonne qualité de vie et près de 70% se dit être heureuse. Pourtant, les troubles psychiques sont fréquents : entre 20 et 40% des personnes vivent un épisode dépressif au cours de leur vie, 25% des personnes connaîtront un trouble anxieux et plus de 15% un trouble lié à l'usage de substances. Les jeunes et les personnes en situation de vulnérabilité sociale sont particulièrement exposé·es, soulignant l'importance d'une approche globale de la santé mentale.

Péril jeune

Pourquoi la Suisse manque encore de chiffres fiables ?

Par **Anne-Sophie Carnet** et **Elizabeta Buduri**, collaboratrices scientifiques, Institut et Haute École de la Santé La Source

Anxiété, dépression, troubles du comportement ou de l'attention : la santé mentale des enfants et des adolescent-es préoccupe de plus en plus les familles, les professionnel·les et les autorités sanitaires. Pourtant, en Suisse, il demeure difficile de répondre à une question essentielle : combien de jeunes sont réellement concerné-es par un trouble psychiatrique ?

Les données récentes dressent un constat préoccupant. Dans son Rapport national sur la santé paru en 2025, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) relève une nette dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescent-es au cours des deux dernières décennies, en particulier chez les filles. Cette tendance était déjà visible avant la pandémie de COVID-19 et semble s'être accentuée ces dernières années. En effet, 90% des jeunes de 16 à 25 ans se déclarent satisfait-es de leur vie. Pourtant, près d'un jeune sur cinq dans cette tranche d'âge, principalement des jeunes femmes, présente des symptômes dépressifs modérés à sévères, tandis que les symptômes d'anxiété généralisée et de dépression sont en augmentation depuis 2017. En outre, plus de 50% des filles, contre 33% des garçons, rapportent un faible sentiment de maîtrise de la vie.

Depuis 2022, 50% des jeunes âgé-es de 11 à 15 ans déclarent éprouver plus de difficultés à s'endormir et sont donc plus fatigué-es, soit le double des données de 2002. D'autres indicateurs de mal-être psychologique, tels que la tristesse et l'anxiété, ont augmenté de manière significative entre 2018 et 2022 : près d'un jeune sur deux (47%)

rapportait au moins deux problèmes psychoaffectifs, tels que la tristesse, la fatigue, la nervosité ou l'inquiétude.

Les différences entre filles et garçons sont particulièrement marquées. En 2022, 58% des filles rapportaient des difficultés psychoaffectives récurrentes, contre 35% des garçons. Parmi les filles, 23% déclaraient avoir déjà eu des pensées suicidaires et 11% rapportaient des comportements d'automutilation. Parallèlement, après avoir fortement augmenté pendant la pandémie, les hospitalisations pour tentative de suicide présumée sont restées à un niveau élevé en 2023.

Une réalité visible

Cette évolution se reflète également dans l'ensemble du système de soins. Entre 2012 et 2023, le taux d'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a augmenté de 115% en Suisse, avec 5'783 enfants et adolescent-es hospitalisé-es dans un établissement psychiatrique en 2023.

Ces constats soulignent l'importance de renforcer la prévention et l'accès aux soins. Mais ils mettent également en lumière une autre réalité : malgré

l'abondance d'indicateurs inquiétants, impossible de savoir précisément combien d'enfants et d'adolescentes souffrent d'un trouble psychiatrique diagnostiqué.

Des indicateurs préoccupants, mais des données longitudinales insuffisantes

La plupart des données disponibles proviennent d'enquêtes sur le bien-être, de questionnaires de dépistage ou de statistiques de recours aux soins. Ces informations permettent de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé mentale, mais pas toujours de déterminer combien de jeunes présentent effectivement un trouble psychiatrique répondant à des critères diagnostiques reconnus.

Malgré l'abondance
d'indicateurs inquiétants,
impossible de savoir
précisément combien
d'enfants et d'adolescentes souffrent d'un
trouble psychiatrique
diagnostiqué.

Or, connaître la prévalence réelle de ces troubles constitue une étape essentielle pour planifier les ressources, développer des programmes de prévention adaptés et orienter les politiques publiques, comme le souligne largement l'Obsan. Dans les faits, la dernière étude suisse représentative utilisant une telle approche, la Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP), date de 1994 et concernait uniquement le canton de Zurich. En d'autres termes, alors que les besoins en santé mentale semblent augmenter, la Suisse ne dispose toujours pas de données nationales récentes permettant d'estimer avec précision la fréquence des troubles psychiatriques chez les jeunes. Sans oublier un autre « angle mort » souligné par l'Obsan : l'inexistence de données représentatives concernant la santé mentale des moins de 10 ans en Suisse.

Comment mesurer pour pouvoir agir ?

Pour obtenir des données fiables à grande échelle, il est nécessaire de disposer d'outils standardisés permettant d'évaluer les troubles psychiques de manière rigoureuse et compa-

nable entre régions, langues et populations. Ce à quoi s'attelle par exemple le projet ValPsy, mené à La Source, en collaboration avec plusieurs partenaires en Suisse, en Allemagne et en France. Il vise à traduire et valider en français et en allemand le KSADS-COMP, une version informatisée d'un entretien diagnostique largement utilisé à l'international.

Avant qu'un tel outil puisse être utilisé dans des études de grande ampleur, il doit démontrer qu'il mesure correctement ce qu'il est censé mesurer dans les langues et les contextes culturels concernés. Une étape de validation scientifique indispensable pour garantir la qualité des données recueillies.

Vers une future étude nationale ?

À terme, disposer d'un outil validé pourrait ouvrir la voie à de nouvelles études épidémiologiques permettant d'estimer plus précisément la fréquence des troubles psychiques chez les jeunes en Suisse.

Dans un contexte où la santé mentale est devenue une priorité de santé publique, disposer de données solides constitue une condition essentielle pour orienter les politiques publiques, évaluer l'efficacité des mesures de prévention, développer des interventions adaptées et garantir une offre de soins répondant aux besoins de la population. C'est précisément pour répondre à ce manque que des outils diagnostiques standardisés, validés scientifiquement et utilisables à grande échelle doivent être développés. Une meilleure connaissance des besoins permettrait de développer des mesures de prévention plus ciblées, particulièrement face à certains comportements à risque associés à un mal-être psychique, comme la consommation d'alcool, de médicaments ou d'autres substances.

Une compétence infirmière transversale au cœur de la formation

Par les membres du **Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Santé mentale et psychiatrie**, Institut et Haute École de la Santé La Source

Une personne anxieuse aux urgences. Un·e adolescent·e qui ne parvient plus à retourner à l'école. Une personne âgée isolée à domicile. Un·e patient·e atteinte d'une maladie chronique qui perd progressivement ses repères. Que peut faire l'infirmier·ère face à ces situations ?

Pour les futures infirmier·ères, il s'agit de savoir reconnaître les besoins, les ressources et les vulnérabilités, quel que soit son contexte de soins.

La santé mentale évolue tout au long de la vie, entre bien-être, fragilité, souffrance psychique et troubles nécessitant parfois des soins spécialisés. Ces situations sont souvent appréhendées de manière polarisée, alors qu'elles se situent en réalité à différents points d'un même continuum. Pour les futures infirmier·ères, il s'agit donc de savoir reconnaître les besoins, les ressources et les vulnérabilités, quel que soit son contexte de soins.

À La Source, les différentes équipes enseignantes contribuent ainsi concrètement à développer une culture pédagogique qui articule les connaissances scientifiques en santé mentale et psychiatrie, la pratique clinique des différents contextes et les savoirs expérientiels des personnes concernées et de leurs proches.

Pourquoi la formation dès le Bachelor est essentielle ?

La formation vise à développer une compréhension intégrée de la santé, où dimensions physiques, psychiques, sociales et environnementales sont constamment interreliées. Les étudiant·es apprennent à reconnaître les ressources, les facteurs de protection et les situations de vulnérabilité afin d'élaborer, en partenariat avec la personne, des interventions qui soutiennent son autonomie, renforcent son pouvoir d'agir et favorisent sa participation active tout au long de son parcours de santé.

Les infirmier·ères sont ainsi en première ligne pour observer, écouter, soutenir, prévenir et orienter. Cette proximité avec les personnes et leurs proches leur confère un rôle essentiel dans la promotion de la santé mentale et dans l'accompagnement des situations de vulnérabilité et de souffrance psychique. Cette



Expérience de simulation pour une étudiante, avec une patiente simulée.

La formation invite à déplacer le regard sur la santé mentale : ne pas considérer uniquement ce qui ne va pas, mais aussi ce qui fait ressource.

vision rejoint les récentes lignes directrices du Conseil International des Infirmières (CII), qui insistent sur le fait que la santé mentale concerne à la fois les infirmier·ères exerçant dans les services spécialisés et dans les soins généraux.

Se former en soins infirmiers, c'est aussi réfléchir à sa propre santé mentale en tant que future professionnelle. Les situations de soins peuvent être émotionnellement exigeantes et confronter les infirmier·ères à la souffrance, la précarité, la crise ou la vulnérabilité. Développer des compétences infirmières en santé mentale et en psychiatrie passe ainsi par des dispositifs de simulations, des ateliers thématiques et bien entendu par la formation pratique.

L'enjeu est de proposer aux étudiant·es des situations d'apprentissage qui leur permettent de mettre en relation les connaissances, les compétences relationnelles et les réalités du terrain. Pour cela, différents dispositifs existent dans le Bachelor.

→ **Dispositif Comète.** Ce dispositif vise à favoriser le décloisonnement des lieux de formation et des lieux d'expérience professionnelle, afin de soutenir le développement d'une professionnalisation articulant étroitement les éléments théoriques et pratiques. Dans cette perspective, l'accompagnement ne se limite pas à la préparation des stages, mais porte également une attention particulière aux représentations des étudiant·es ainsi qu'aux dimensions émotionnelles vécues avant, pendant et après les expériences de formation pratique. Le travail au sein d'un même petit groupe, qui demeure stable tout au long de la formation, contribue également à créer les conditions propices aux échanges et aux apprentissages.

→ **Périodes de formation pratique.** Les expériences vécues lors des différentes périodes de stages constituent une ressource essentielle pour les apprentissages individuels mais aussi collectifs. Elles offrent aux étudiant·es l'occasion de questionner leurs pratiques, de réfléchir à leur posture professionnelle et d'enrichir le développement de leurs compétences.

→ **Dispositif simulation.** La simulation propose des expériences d'apprentissage au plus près des situations que les étudiant·es pourront rencontrer dans leur pratique professionnelle. Nous travaillons par exemple autour de l'anxiété, une préoccupation de santé actuelle. Dans un scénario, une jeune femme de 19 ans, en dernière année de CFC de coiffure, consulte à l'approche de ses examens finaux en raison d'une anxiété importante. Seul·e avec la patiente, l'infirmier·ère réalise une évaluation clinique de l'état mental, explore sa situation et ses besoins, puis coconstruit avec elle une réponse adaptée. Pendant ce temps, les autres étudiant·es observent la scène depuis une salle voisine grâce à la vidéotransmission. Une fois la simulation terminée, le débriefing permet de mettre en commun les observations, de questionner les pratiques et de faire émerger les apprentissages. Une façon concrète de développer le raisonnement clinique, la posture professionnelle et les compétences relationnelles, en toute sécurité avant de les mobiliser sur le terrain.

→ **Travaux de Bachelor.** Au terme de la formation, les Travaux de Bachelor visent à permettre aux étudiant·es de développer des connaissances approfondies dans une thématique spécifique, tout en développant des compétences en méthodologie de recherche. Les Travaux de Bachelor par la recherche ou par la participation à un projet d'implémentation offrent aux étudiant·es la possibilité d'approfondir une thématique liée à la santé mentale ainsi qu'à l'accès aux soins pour des personnes ayant des besoins spécifiques.

Référence

> International Council of Nurses. (2024). *Guidelines on mental health nursing*. ICN.



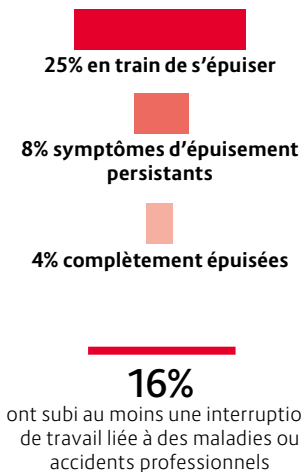
De façon globale, la formation invite à déplacer le regard sur la santé mentale : ne pas considérer uniquement ce qui ne va pas, mais aussi ce qui fait ressource. Les expériences des personnes concernées, celles des proches et celles des professionnel·les constituent des savoirs complémentaires. Cette diversité des perspectives permet aux étudiant·es de développer une compréhension plus nuancée des parcours de santé et de questionner les représentations parfois associées aux troubles psychiques.

Santé mentale du personnel de santé

La perspective de SCOHPICA

Par **Jonathan Jubin**, chargé de recherche et **Annie Oulevey Bachmann**, professeure HES ordinaire, Institut et Haute École de la Santé La Source

Les résultats de SCOHPICA-PdS (Cohorte Suisse des Professionnel·les de la Santé) révèlent un paysage contrasté. Alors qu'une majorité des professionnel·les éprouve un fort sentiment d'accomplissement, les symptômes d'épuisement touchent plus d'un tiers des effectifs.



Pour comprendre le vécu du personnel de santé en Suisse, le projet SCOHPICA suit l'évolution de son bien-être et de ses conditions de travail sur le long terme. Les données récoltées entre 2022 et 2024 auprès de plus de 7'800 répondant·es offrent un portrait inédit de notre système de santé. Cet échantillon compte 78% de femmes, un âge moyen de 42 ans et réunit des soignantes issu·es de plus de 20 professions, actives et actifs principalement en hôpital public (37%).

Un niveau d'épuisement préoccupant

Parmi les personnes interrogées, 11% déclarent ne pas ressentir de symptômes d'épuisement et 53% disent subir une baisse d'énergie sans épuisement. En revanche, 25% des personnes ont le sentiment d'être en train de s'épuiser, 8% font face à des symptômes d'épuisement persistants, et 4% se décrivent comme complètement épuisées et doutant de leur capacité à continuer.

Les données révèlent aussi des répercussions sur l'emploi: 17% des répondant·es ont réduit leur temps de travail au cours des douze derniers mois, invoquant la charge de travail dans 39% des cas et leur santé dans 19%. De plus, 16% des participant·es ont subi au moins une interruption de travail liée à des maladies ou accidents professionnels durant l'année écoulée.

Des disparités marquées entre professions

L'exposition au stress et à l'épuisement varie selon la profession exercée. Les groupes accumulant le plus fort niveau de stress et de symptômes d'épuisement sont les technicien·nes en radiologie médicale (47% ressentent au moins un symptôme d'épuisement), les médecins (42%), les assistantes en pharmacie (40%) ainsi que le personnel infirmier diplômé (40%) et spécialisé (39%).



À l'inverse, d'autres professionnel·les, comme les thérapeutes complémentaires (19%), les ostéopathes (14%) ou les diététicien·nes (24%), se disent moins touché·es par l'épuisement.

Ces écarts pourraient s'expliquer par des facteurs structurels propres à chaque activité. Les professions les plus éprouvées partagent un cadre d'exercice souvent hospitalier ou institutionnel, caractérisé par des horaires contraignants, des flux de patient·es imprévisibles, des interruptions fréquentes et une exposition plus forte aux urgences vitales. Au contraire, les groupes professionnels les moins touchés évoluent généralement en pratique indépendante ou ambulatoire, bénéficiant d'une plus grande autonomie, d'horaires réguliers et d'une prise en charge programmée.

Faire face aux difficultés

Malgré ces défis, les données mettent en évidence un constat encourageant : la santé mentale des soignantes s'appuie sur des ressources solides. Une majorité des participantes trouvent une vraie valeur dans leur activité quotidienne. En effet, 89% des répondant·es estiment que leur travail a du sens et est important. Chez les personnes travaillant en équipe, la cohésion est aussi élevée avec plus de 80% des personnes estimant que l'ambiance entre les collègues est « souvent » ou « toujours » bonne. Ces facteurs de protection pourraient expliquer en partie pourquoi 74% des personnes interrogées se déclarent globalement satisfaites par leur travail, malgré un quotidien parfois ardu.

Les données de la cohorte SCOHPICA apportent un éclairage indispensable pour comprendre les conditions de travail dans le domaine de la santé. En identifiant les tensions et les facteurs de protection, ce projet fournit aux institutions des pistes concrètes d'action. Préserver la santé mentale du personnel soignant constitue une condition essentielle pour garantir la qualité des soins et pérenniser nos structures de santé.

80%

des personnes travaillant en équipe estiment que l'ambiance entre les collègues est « souvent » ou « toujours » bonne

74%

des personnes se déclarent globalement satisfaites par leur travail, malgré un quotidien parfois ardu

Toutes les données sur
le site de SCOHPICA



En savoir plus et participer à l'étude

Toutes les informations relatives au projet SCOHPICA ainsi que l'ensemble des résultats présentés ici sont accessibles librement depuis le site internet **www.scohpic.ch**, notamment à travers un tableau de bord interactif. Celui-ci permet de consulter de nombreuses dimensions des conditions de travail et d'appliquer des filtres par exemple par profession, âge, genre, etc.

La nouvelle campagne nationale de récolte de données se déroule d'octobre 2026 à janvier 2027 et est accessible par le site internet. Elle est ouverte à toutes les professionnel·les de santé ayant terminé leur formation initiale et travaillant en Suisse au contact direct des patient·es. La participation d'un maximum de gens est capitale, car elle permet de consolider la fiabilité des données et d'observer finement l'évolution des trajectoires professionnelles au fil du temps.

Ce que l'exil ne dit pas

Par **Lida Ortiz Ospino**, rédactrice pour Voix d'Exils et originaire de Colombie

Quel impact l'exil a-t-il sur la santé mentale des personnes migrantes ? Comment mieux accueillir celles et ceux qui le vivent ? Témoignages sensibles.



© Christian Guerrero Pinto

Phoenix, jeune Afghan, voit dans ce nom le symbole d'un nouveau départ. Avant d'arriver en Suisse, il a vécu en Iran et en Turquie, un passé qui reste douloureux. Il parle de violences graves dans son entourage familial, de peur, de silence et d'une solitude profonde : celle de ne pas avoir pu dire sa souffrance, même entouré de ses proches. Ainsi, à ses yeux, « la santé mentale, c'est tout ce qu'une personne porte à l'intérieur d'elle-même et que les autres ne voient pas forcément. C'est aussi pouvoir se sentir en sécurité, avoir confiance, parler librement, être écouté et se sentir respecté. »

Phoenix confie aussi avoir lutté pour ne pas tomber dans la drogue ou d'autres dépendances. Il a traversé des périodes de grande détresse,

jusqu'à tenter de mettre fin à sa vie. Aujourd'hui, il résume : « On n'arrive pas dans un nouveau pays avec une page blanche. On arrive avec ce que l'on a vécu avant : les violences, les deuils, les séparations, les peurs, mais aussi les connaissances, les rêves et les forces qui ont permis de rester debout. »

Le témoignage de Phoenix pose une question essentielle : combien de souffrances restent cachées derrière les parcours migratoires. L'Organisation mondiale de la Santé souligne d'ailleurs que les personnes exilées risquent davantage de souffrir de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, de psychoses ou de mettre fin à leurs jours que les populations d'accueil.

« La santé mentale, c'est tout ce qu'une personne porte à l'intérieur d'elle-même et que les autres ne voient pas forcément. »

Une adaptation à double sens

Dans son quotidien en Suisse, Phoenix apprend le français pour devenir plus autonome et construire son avenir. Il ne trouve pas toujours les mots pour exprimer ce qu'il ressent, et certaines choses restent encore à l'intérieur de lui. À cette difficulté s'ajoute le regard des autres : « Parfois, j'ai eu l'impression que les gens voyaient d'abord "le migrant" avant de voir la personne... Je demande simplement qu'on se rappelle que je suis aussi un être humain avec une histoire. » →

**En savoir plus et
découvrir d'autres
témoignages**



Les paroles de Phoenix rappellent Frantz Fanon, psychiatre et penseur anticolonial. Dans les années 1950, il dénonçait déjà une médecine qui regardait les patients nord-africains avec méfiance, qui doutait de leur douleur et qui les enfermait dans des préjugés avant de les écouter. Fanon invitait à comprendre leur souffrance à partir de leur situation : le racisme, l'exil, la précarité et les conditions sociales dans lesquelles ils vivaient. Pour lui, soigner commençait par reconnaître le patient dans toute son humanité.

Cette reconnaissance reste essentielle aujourd'hui. Il existe différentes cultures, langues, religions et habitudes ; chacun traverse et exprime ce qu'il a vécu à sa manière. La santé mentale fait partie de l'intégration, tout comme l'écoute et l'empathie de la société d'accueil. Comme le souligne Phoenix : « L'adaptation doit être un chemin dans les deux directions. »

« ...Ma culture, ma famille, mes habitudes et mes valeurs sont aussi importantes pour moi. Je veux avancer sans oublier la personne que j'étais avant. »

Phoenix n'est de loin pas un cas unique. Il y a par exemple aussi Bernice, mère congolaise qui attend une réponse à sa demande d'asile en Suisse, alors que sa fille est restée au Congo. L'éloignement de son enfant lui a fait perdre

la joie de vivre, un sentiment aggravé par les préjugés qu'elle a subis ici, alors qu'elle aimerait « simplement être acceptée comme les autres ».

Mais dans son attente, elle parle aussi de ce qui la soutient : « Ce sont les personnes qui sont là pour moi, mes projets et les petits progrès que je fais chaque jour. Ma culture, ma famille, mes habitudes et mes valeurs sont aussi importantes pour moi. Je veux avancer sans oublier la personne que j'étais avant. »

Prendre soin dans un monde inégal

Je connais moi-même cette douleur qui traverse le corps et l'esprit quand il faut quitter son pays, parce que penser autrement, défendre la justice ou rêver d'un monde plus digne devient dangereux. Au-delà du déplacement géographique, l'exil peut devenir une blessure psychique durable, surtout lorsque la société d'accueil demande d'avancer vite, de se taire, de s'adapter et de prouver sa valeur.

Parler de santé mentale et de migration, c'est donc aussi parler d'un monde profondément inégal, qui produit des blessures et demande ensuite aux personnes blessées de fonctionner normalement. Tant que le bien-être et la justice sociale ne seront pas placés au centre de la société, il y aura des souffrances que l'on préférera ne pas voir. C'est peut-être pour cela que je continue à croire qu'aider les autres et réagir face à l'injustice sont aussi des manières de prendre soin de la vie.

Stigmatisation du suicide et accès aux soins

Par **Debora Martinez**, maître d'enseignement, Institut et Haute École de la Santé La Source

Le suicide constitue un enjeu majeur de santé publique, tant par le nombre de décès qu'il engendre que par ses conséquences sur les personnes concernées et leur entourage.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 720'000 personnes meurent chaque année par suicide dans le monde, en faisant un enjeu global de santé publique. En Suisse, les chiffres les plus récents font état de 958 décès pour l'année 2022, soit près de trois morts par jour. Bien que préoccupants en eux-mêmes, ces chiffres vont au-delà de la souffrance suicidaire vécue : on estime qu'environ vingt-cinq personnes par jour reçoivent des soins médicaux à la suite d'une tentative de suicide. Sans oublier les importantes conséquences indirectes : jusqu'à cent trente-cinq personnes peuvent être affectées par un suicide, indique une étude de 2019 (Cerel et al.). Parmi elles, on estime qu'entre quatre et six proches sont particulièrement touchés-es et présentent un risque accru de comportements suicidaires.

Pour mieux appréhender la problématique suicidaire, on parle alors de suicidalité, qui peut être comprise comme « l'ensemble des pensées, impulsions et actions qui, en raison d'une situation de crise aiguë ou d'une maladie physique, peuvent conduire au suicide » (OFSP, 2016). La suicidalité peut être considérée comme un phénomène complexe dépassant la seule sphère biomédicale.

Si plusieurs facteurs de risque associés au suicide sont aujourd'hui bien documentés, différentes recherches montrent néanmoins que le passage à l'acte demeure difficile à prédire à l'échelle individuelle. En revanche, le suicide peut être prévenu. Dans cette perspective, des travaux récents soulignent l'importance d'approches ouvertes, collaboratives et centrées sur la personne, qui tiennent compte de la complexité de la souffrance suicidaire plutôt que de la réduire à des facteurs de risque. Il est donc important que les professionnel·les de la santé,

L'une des principales barrières à l'accès aux soins est le niveau élevé de stigmatisation et d'autostigmatisation associé à la suicidalité.

du social ou de la formation soient formés-es aux bonnes pratiques concernant la souffrance suicidaire, notamment via des mesures préventives telles que la sensibilisation ou la réduction de la stigmatisation.

Une barrière importante à l'accès aux soins

L'une des principales barrières à l'accès aux soins est le niveau élevé de stigmatisation et d'autostigmatisation associé à la suicidalité. Par exemple, en 2023, seules trente-huit nations membres de l'ONU disposaient d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

Historiquement en Europe, le suicide est rattaché à un péché et à un crime au cours du Moyen-Âge. →



Debora Martinez, maître d'enseignement à La Source.

© David Trotta, La Source

Il devient une pathologie au 19^e siècle. Les différents discours sur le sujet mènent à une forme de répression de celui-ci, le rendant tabou, de telle sorte que de nombreuses idées reçues circulent à son propos, freinant l'accès aux soins.

Entre Japon et Suisse

Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à la stigmatisation liée à la suicidalité, dans la mesure où celle-ci demeure encore relativement peu documentée, particulièrement en Suisse.

Dans une perspective constructiviste, le suicide peut être considéré comme un objet social façonné par les discours et les pratiques qui lui sont associés. Afin d'appréhender cette réalité, une posture ethnographique est adoptée, permettant d'explorer les significations attribuées à la suicidalité ainsi que les modes d'interprétation qui structurent les savoirs, les pratiques et les réponses apportées à la souffrance suicidaire.

Les représentations du suicide varient selon les contextes culturels. Ces variations influencent les expériences de stigmatisation, les formes de soutien disponibles ainsi que les modalités d'intervention proposées aux personnes concernées. C'est notamment cette dimension

culturelle que le projet cherche à explorer en mettant en perspective les contextes suisse et japonais : ces deux pays partagent certaines caractéristiques économiques et institutionnelles, notamment des systèmes psychiatriques développés et une assurance maladie obligatoire universelle, tout en présentant des contextes culturels distincts. Leur mise en perspective permet d'examiner comment la culture façonne les expériences de la suicidalité, les parcours de soins et les stratégies mobilisées pour rechercher du soutien.

Les représentations du suicide varient selon les contextes culturels.

Le projet vise ainsi à mieux comprendre le rôle de la stigmatisation dans l'accès aux soins et à comparer son impact en Suisse et au Japon.

Il s'intéresse plus particulièrement aux adolescent·es et aux jeunes adultes de 15 à 29 ans, le suicide étant, avec les accidents, la cause principale de décès dans ces deux pays pour cette tranche d'âge. À terme, cette recherche contribuera au développement d'un outil psychométrique destiné à soutenir la prévention.

* Debora Martinez consacre une thèse de doctorat à la stigmatisation liée aux comportements suicidaires et aux obstacles à l'accès aux soins, dans une approche comparative entre le Japon et la Suisse.

Récits de vie en santé mentale

Du témoignage au savoir

Par **David Trotta**, rédacteur en chef du Journal La Source, Institut et Haute École de la Santé La Source

Les récits de vie occupent une place croissante dans le champ de la santé mentale. Au-delà de simples témoignages, ils peuvent devenir de véritables ressources pour les soins, la recherche, et donc les politiques publiques.

Mieux comprendre l'expérience de patient-es, c'est commencer par entendre leur vécu. Pas seulement le récit individuel, mais aussi le caractère collectif qui en ressort. Pour peut-être le transformer en savoir. Tour d'horizon avec Alain Kaufmann, sociologue et biologiste, chercheur associé au Centre de recherche sur les parcours de vie et les inégalités de l'Université de Lausanne (LIVES), membre du comité scientifique du séminaire «Polyphonie du récit de soi» organisé par SO-PSY et le GRAAP début octobre.

David Trotta: De quoi parle-t-on exactement avec les récits de vie en santé mentale?

Alain Kaufmann: On parle d'abord de récits produits à la première personne par des personnes concernées par des troubles psychiques. Ces récits existent depuis plusieurs décennies et ont marqué un tournant important à la fin des années 1970. Ils ont permis de faire entendre une expérience souvent absente des approches cliniques traditionnelles, au travers de certaines revues médicales. L'intérêt est qu'ils ne se limitent pas au diagnostic ou au traitement. Ils racontent des trajectoires de vie, des parcours de soins, des difficultés mais aussi des ressources, des soutiens et des

stratégies de rétablissement. Ils donnent accès à la manière dont les personnes vivent leur santé mentale au quotidien.

Cette approche s'inscrit dans ce que l'on appelle le paradigme du rétablissement: l'idée qu'une personne ne se résume pas à sa maladie et peut se construire une identité, des projets et une vie qui dépassent les symptômes.

Votre intervention dans le cadre du séminaire s'intéressait à l'éthique autour des récits de vie, du partage des vécus au partage des savoirs. Qu'est-ce qui distingue un vécu d'un savoir?

Le vécu correspond à l'expérience personnelle. Le savoir concerne le travail de réflexion

permettant de donner du sens à cette expérience et d'en tirer des enseignements utiles à d'autres.

Comment passe-t-on de l'un à l'autre?

Le passage du vécu au savoir ne repose pas sur une généralisation des récits. Il consiste plutôt à montrer la diversité des trajectoires de soins, des trajectoires expérientielles et des parcours de rétablissement. L'écrit permet un retour réflexif sur sa propre trajectoire et celle des autres. Ce passage au savoir dépend beaucoup du dispositif mis en place pour recueillir ces récits. Les formes peuvent être très diverses: la narration d'un parcours de soins, l'écriture poétique, la réflexion philosophique, la photographie, le dessin ou d'autres méthodes créatives. →



© David Trotta, La Source

Alain Kaufmann est chercheur associé au Centre de recherche sur les parcours de vie et les inégalités de l'Unil.

On parle de savoirs expé- rientiels. Quelle plus-value en regard d'approches cli- niques ou scientifiques ?

Les savoirs expérientiels ne remplacent pas les savoirs cliniques ou scientifiques. Ils les complètent. En santé mentale, on utilise aussi le concept « d'injustice ou d'inégalité épistémique ». Une personne qui n'a jamais vécu une crise psychotique, une dépression sévère ou certains effets secondaires de traitements ne peut pas pleinement en saisir l'expérience. Les savoirs expérientiels permettent de réduire cet écart. Ils renseignent sur ce que signifie concrètement vivre avec un trouble psychique, suivre un traitement ou développer des stratégies pour faire face aux difficultés du quotidien. L'objectif n'est donc pas d'opposer les connaissances, mais de faire dialoguer plusieurs formes de savoirs dans une approche plus équilibrée et plus complète.

Et l'éthique dans tout ça ?

Il faut bien distinguer droit, déontologie et éthique. Le droit repose sur des normes écrites. La déontologie correspond aux règles propres à une profession. En médecine, elle s'appuie notamment sur des principes comme l'autonomie ou le consentement libre et éclairé. L'éthique est une réflexion plus large, sociale, philosophique et morale, sur l'application de ces normes.

Dans le champ des récits de vie, elle doit être conçue comme un espace où les connaissances, les besoins et l'expérience des patient-es sont pris en compte au même titre que les règles formelles qui régissent les institutions.

Pourquoi la question de l'éthique est-elle importante dans ce domaine ?

Une démarche peut être juridiquement conforme et respecter les règles déontologiques, tout en passant à côté des

besoins réels des personnes concernées. Dans certains cas, élaborer un protocole de recherche sans associer les patient-es concerné-es pourrait même être considéré comme contraire à l'éthique. Le plan de crise conjoint constitue un bon exemple de cette logique. Il permet à la personne, lorsqu'elle est en pleine possession de ses moyens, de définir à l'avance ses souhaits concernant la gestion d'une éventuelle crise future.

Les récits de vie sont consi- dérés comme particulière- ment importants en santé mentale. Comment faire pour qu'ils contribuent réellement à l'évolution des pratiques et des politiques publiques ?

Le simple fait de raconter son histoire peut déjà avoir un effet positif pour la personne concernée. Mais l'enjeu principal est de transformer ces récits en leviers. Cela suppose

Le simple fait de raconter son histoire peut déjà avoir un effet positif pour la personne concernée.

d'intégrer les patient·es et les proches comme partenaires des projets, parfois même comme co-chercheur ou co-chercheuse. Ce qui implique aussi de soutenir davantage la recherche participative et la formation des pairs praticien·nes. Lorsque les enseignements tirés des récits influencent l'organisation des services, les programmes de formation ou les politiques publiques, ils ne sont plus de simples témoignages, mais deviennent de véritables ressources collectives.

On touche évidemment à la sphère intime. Comment articuler cette dimension individuelle avec le niveau collectif ?

C'est précisément l'un des intérêts des récits de vie. Une expérience personnelle ne prend pleinement son sens que lorsqu'elle peut être mise en perspective avec d'autres expériences. Les avancées observées dans la reconnaissance des savoirs expérientiels sont d'ailleurs rarement le résultat de témoignages isolés. Elles s'inscrivent dans

l'histoire de collectifs de patient·es, d'usager·ères ou de proches qui ont porté des revendications communes, comme les alcooliques anonymes, les mouvements liés au handicap, le VIH ou encore les réseaux d'entendeurs de voix. Le collectif permet de faire émerger des problématiques récurrentes et de transformer des réalités individuelles en questions de santé publique.

Revenons à l'éthique et donc aux risques. Qu'est-ce qu'une utilisation éthique et respectueuse des récits de vie en santé mentale ?

C'est une utilisation qui respecte la volonté des personnes, protège leur intégrité et reconnaît formellement leur contribution. Concrètement, cela suppose un consentement éclairé, un cadre de participation explicite, une attention aux risques potentiels et une véritable prise en compte de ce qui est partagé. L'utilisation d'un récit devient problématique lorsqu'il sert uniquement d'illustration ou de caution symbolique. Elle

devient éthique lorsqu'elle contribue à la production de connaissances et à l'amélioration des pratiques.

Parmi les évolutions, citons l'arrivée de pairs praticien·nes dans les institutions académiques. D'autres sont-elles à envisager ?

Les institutions académiques et les services de soins intègrent progressivement des patient·es partenaires (*lire article p. 35*), des patient·es expert·es ou des pairs praticien·nes dans leurs activités de formation et de recherche. Le défi est d'élargir cette dynamique. Il faut éviter de solliciter toujours les mêmes personnes et soutenir davantage la participation de collectifs diversifiés. Cela passe aussi par une reconnaissance institutionnelle et financière de leur contribution. À terme, l'enjeu est de créer davantage d'espaces de co-apprentissage et de recherche participative où chercheur·es, soignant·es, patient·es et proches produisent ensemble des connaissances utiles à toutes et tous.

La musicothérapie comme instrument de soin

Par **Dagmar Beeler**, musicothérapeute, Pôle Santé Mentale, Réseau de l'Arc

La prise en soin des troubles psychiques s'appuie sur une diversité d'interventions toujours plus vaste. Aux côtés des traitements classiques, certaines approches complémentaires contribuent à enrichir l'accompagnement des patients, en faisant appel aux émotions, à la mémoire et à la relation de soin. Exemple avec la musicothérapie.

La musicothérapie propose aux patients des outils d'expression non-verbale par la pratique et la découverte du son, à l'aide d'instruments ou de partage de morceaux et de compositions significatifs pour les malades. Là où les psychothérapies classiques peuvent rencontrer certaines limites, la musicothérapie encourage la verbalisation des émotions dans une relation de familiarité et de quiétude progressivement construite avec la musique. Le processus vise ainsi la reconstruction d'un alignement rassurant entre les patients en tant qu'êtres, le « soi » en psychologie sociale et cognitive, et les émotions forgées par leurs expériences de vie.

De concert entre le thérapeute et le soignant

La musicothérapie s'inscrit dans une dynamique pluridisciplinaire : sa complémentarité dans le processus psychothérapeutique optimise les besoins des patients exactement là où la parole rencontre des blocages psychiques sévères engendrés par les troubles psychopathologiques.

Le partage de bilans de séance avec les soignants permet ensuite à ces derniers d'aborder les souffrances des patients sous des angles qui revalorisent la libération de la parole dans les

soins grâce au traitement psycho-dynamique de la musicothérapie. Elle donne aux patients le droit de parler de soi, de son vécu, de ses peurs et de ses difficultés de vie, menant ainsi au récit exprimé spontanément de son histoire en retrouvant toute confiance en soi dans le combat contre la maladie psychique.

Une partition propre à chacun

Le processus thérapeutique par la musique participe à la reconstruction de l'intégrité psychique d'une personne par plusieurs phénomènes.

Premièrement, un apaisement du système limbique ainsi qu'une diminution du cortisol ont été observés après des séances de détente psychomusicale : jouer d'un instrument, expérimenter des sons, chanter, dessiner ou peindre en écoutant une musique significative pour le patient, etc. Ces activités agissent sur le centre des émotions, les amygdales.

Deuxièmement, l'acte créatif initié chez les patients participe à la libération de la dopamine, hormone du plaisir et de la motivation. Dans les situations de troubles dépressifs, elle s'avère pertinente dans la restructuration des systèmes neuronaux.



En avant la musique

J'ai observé ces deux phénomènes lors du suivi d'un patient d'une quarantaine d'années, gravement dépressif et souffrant d'une dépendance à certains types de drogues. Ce dernier m'avait confié apprécier la techno. Au fil de nos échanges, il m'avait énuméré une liste de chansons et d'artistes significatifs.

Ce patient était également amateur avéré de piano. La maladie de Charcot l'empêchait de pratiquer aussi souvent qu'avant. Cette prise de conscience avait engendré l'angoisse qu'un jour, il ne puisse plus en jouer du tout. De violentes crises de colère inhérentes à la dépression avaient alors détérioré son plaisir à jouer et à faire preuve de patience.

Les premières séances révélèrent l'anhédonie, l'absence de plaisir, vécue par le patient. Le processus musicothérapeutique consista dans un premier temps à ce que le malade conscientise son vécu et ses traumatismes dans le moment présent, ceci grâce à des partages de chansons, agrémentés de discussions qui invitent spontanément le malade à verbaliser ses émotions. Possédant un piano électrique et un piano à queue qui ont été installés dans l'établissement

hospitalier, le patient vivait ainsi en présence permanente avec l'objet de son traumatisme. Le suivi aura duré environ huit mois. Lors de la dernière séance, le patient joua de son plein gré, sur le grand piano à queue de la salle commune de l'hôpital. Une conclusion heureuse, possible grâce à un principe essentiel : le respect du désir du patient. Ne pas l'obliger à pratiquer l'instrument mais le laisser avancer à son rythme vers la reconstruction de son plaisir propre à jouer du piano.

En point d'orgue

La musicothérapie a pour but de donner les clefs nécessaires aux patients pour renouer progressivement avec l'instant présent. Le malade se détache de la psychopathologie et redevient une personne à part entière à travers la légèreté, le bien-être et l'apaisement que la musique lui offre à vivre à nouveau.

Le lien entre musicothérapeute et soignants se joue donc sur l'importance même du vécu thérapeutique du patient dans le processus de soin, revalorisant la verbalisation des émotions et la conscientisation des expériences de vie sur le chemin de la guérison.

Chronique d'un projet de formation trop précurseur

Par **Aurélie Pieracci**, archiviste, Institut et Haute École de la Santé La Source

Aujourd'hui, pour les professionnel·les, la santé mentale fait partie de la santé globale et constitue un droit humain fondamental¹. Cette conception de la santé mentale comme un continuum qui varie en fonction des parcours de vie, des vulnérabilités individuelles, du contexte social et qui fait le lien entre le corps et l'esprit n'a pas toujours été évidente. En témoigne l'histoire de la formation des infirmier·ères en psychiatrie dans le canton de Vaud.

Longtemps séparés de la formation en soins généraux, c'est à l'occasion de la mise en place des HES, dans les années 2000, que les soins infirmiers psychiatriques s'intègrent aux formations généralistes.

Cette intégration ne s'est pas faite en un jour et a dû vaincre bien des réticences tant la question de la formation touche à la culture de la psychiatrie et à l'identité professionnelle de ses soignant·es telles qu'elles se sont construites historiquement à l'intérieur des murs de leurs hôpitaux. Les enjeux soulevés par l'idée d'un tronc commun vont au-delà de la question de la formation. Ils remettent en cause la nature de la santé et de la maladie mentale. Le psychique est-il opposé au somatique ou font-ils partie de la globalité de l'être humain et de sa santé ?

Du terrain aux écoles

L'hôpital psychiatrique de Cery voit le jour en 1873, remplaçant l'Hospice des aliénés du Champ de l'Air. Dès les années 1920, des cours du soir sont proposés au personnel soignant formé jusque-là « sur le tas ». Ces cours deviennent par la suite obligatoires pour obtenir le diplôme d'infirmier pour maladie nerveuse et mentale délivré par la Société suisse de psychiatrie.

Après la Seconde Guerre mondiale, le développement de thérapies et un nouveau regard sur la maladie mentale, qui devient possiblement curable, entraînent une réévaluation du rôle et de la formation des soignant·es.

Dans les années 1960 est créée l'École cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie. Le projet initial prévoyait un programme composé d'un tronc de base en soins généraux et d'une spécialisation en psychiatrie. Se heurtant à trop de résistances, ce projet sera abandonné, l'école ouvrira sur le site de Cery et se concentrera sur la psychiatrie.

Première directrice de cette école pilote, Juliette Maillard, Sourcienne, est munie d'une double formation en soins généraux et en psychiatrie. Elle milite pour le rapprochement entre les deux cursus, en défendant l'idée que l'infirmière ne soigne pas un malade physique ou psychique mais un être humain dans sa globalité. Jérôme Pedroletti, infirmier clinicien, constate ainsi que « sa pensée se situe dans l'héritage des écoles qui l'ont formée, La Source, en particulier, avec cette curiosité supplémentaire pour la psychologie que développe quiconque travaille en psychiatrie.² ». Des divergences la font quitter l'institution en 1967.

¹ Organisation Mondiale de la Santé (2026, 09 septembre). *Santé mentale*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WEEK END "TRONC COMMUN"	
LES GIETTES, 13 - 14 et 15 JUIN 1975	
ORDRE DU JOUR	
<u>Début</u> : vendredi 13 juin 1975, 9 h 00	
A. Fonctionnement du groupe pendant ces trois jours	
- Répartition des tâches administratives (PV, etc.) - Désignation des représentants du groupe auprès de La Source et Cery - Etablissement des horaires de travail de ces trois jours (fréquence et longueur des périodes de travail et de pause).	
B. Informations mutuelles	
Exposé :	présenté par :
- Le programme actuel de la formation de l'infirmier (ère) en psychiatrie à Cery	Mlle Geiser
- Le programme actuel de la formation de l'infirmière en soins généraux à La Source	Mlle Dufour
(si nécessaire)	
- Le programme français actuel de la formation des infirmiers (ères) en soins généraux	Mlle Dufey
- Qu'est-ce qu'un "Module" en pédagogie?	Mme Truhan
- L'optique de M. J.-L.Chancerel concernant les unités capitalisables	Mlle Dufey
- Expérience en psychiatrie aux Etats-Unis	Mlle Geiser

Ordre du jour du weekend «tronc commun», Les Giettes, juin 1975. C4-109.

© Archives Fondation La Source

Autour d'une santé globale

La question du tronc commun entre les deux formations revient dans les années 1970 avec un projet conjoint entre La Source et Cery. Une seconde Sourcienne, Ruth Geiser, qui travaille alors dans les deux écoles, va jouer un rôle majeur dans cette nouvelle tentative. En 1975, les deux institutions conçoivent un projet de formation commune. Sous la direction de Ruth Geiser, un groupe de travail est chargé d'élaborer un programme intégré soins généraux-psychiatrie en quatre ans qui aboutirait à un double diplôme.

En juin 1975, un week-end est organisé en Valais, aux Giettes, pour travailler à ce programme. Les réflexions issues de ces trois journées montrent

qu'au cœur du projet d'intégration des deux formations on trouve la volonté de considérer l'être humain dans son entièreté et d'intégrer la santé mentale dans la santé globale: «l'intégration de deux branches fondamentales telles que les soins généraux et la psychiatrie donnerait aux élèves la possibilité de faire une approche totale de l'être humain.³»

La formation élaborée par ce groupe de travail ne verra pas le jour pour des raisons financières. Le projet de Ruth Geiser deviendra, après révision, le «nouveau programme» introduit en avril 1978 à La Source. Il faudra attendre les années 2000 pour que les deux formations se rejoignent, finalement, au sein des nouvelles HES.

² Pedroletti, J., & Éditions BHMS. (2004). *La formation des infirmiers en psychiatrie histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie, 1961-1996 (ECVIP)*. Éditions BHMS, p. 49

³ PV de la séance de présentation pour le projet d'une formation en soins infirmiers basé sur un programme intégré de soins généraux et de psychiatrie, 1975. C4-110A. Archives Fondation La Source

Besoin d'aide?

“

La Main Tendue - 143

Écoute anonyme et confidentielle

Disponible 24h/24 et 7j/7

Par téléphone, chat ou e-mail

Pour toute situation de détresse, solitude, anxiété, surcharge émotionnelle ou crise psychologique

”

“

Pro Juventute - 147

Service gratuit et confidentiel

Disponible 24h/24

Téléphone, WhatsApp, chat et e-mail

Soutien en cas de mal-être, stress, anxiété, dépression, harcèlement, conflits familiaux ou pensées suicidaires

”

“

ontécoute.ch

Plateforme sœur de ciao.ch destinée aux jeunes adultes (18-25 ans)

Information, guides pratiques et ressources sur les défis liés à l'entrée dans la vie adulte

Orientation vers des services spécialisés en cas de besoin de soutien psychologique ou social

”

“

**Votre médecin traitant
ou médecin de garde**

”

“

Coraasp

Coordination romande des associations d'action pour la santé psychique

Fédération regroupant plus de 30 organisations romandes actives dans l'entraide, l'accompagnement et l'inclusion des personnes concernées par des troubles psychiques et de leurs proches

www.coraasp.ch

”

“

Pro Mente Sana

Information, conseil et défense des droits des personnes vivant avec des difficultés psychiques. Mentionnée comme ressource spécialisée en santé mentale par les autorités fédérales

www.promentesana.ch

”

“

Info-Entraide Suisse

Réseau de groupes d'entraide pour de nombreuses problématiques (dépression, anxiété, proches aidants, burn-out, addictions, etc.)

www.infoentraidesuisse.ch

”

“

ciao.ch

Plateforme d'information destinée aux jeunes de 11 à 20 ans

Questions-réponses anonymes

Articles thématiques sur la santé en général

Forum modéré permettant aux jeunes d'échanger

Répertoire d'adresses et numéros d'urgence

”

“

L'ilôt

Association de proches de personnes souffrant de troubles psychiques

www.lilot.org

”

“

Re-pairs

Réseau romand des pairs aidants professionnels en santé mentale

www.re-pairs.ch

”

“

GRAAP

Fondation groupe d'accueil et d'action psychiatrique

www.graap.ch

”

“

SantéPsy.ch

Plateforme romande de promotion de la santé mentale avec informations, conseils et adresses d'aide dans les cantons latins

”