

La Source



3/01

Paroles d'étudiants

Sommaire

Editorial

La recherche Catherine Nicolas

3



Sourires d'étudiants

Légendes

- 1 Entrée printemps 2001.
- 2 Mme Clavel entourée de M. Walther et de M. Weissenbach.
- 3 Montréal 2000.
- 4 La rencontre interculturelle, un défi à relever.
- 5 Créer un espace de compréhension, c'est favoriser l'adaptation à une nouvelle culture.
- 6 «Ecole de vie»: école pour la vie.
- 7 J.D. Buffat lors de ses 80 ans.

Source des illustrations:

page de couverture: archives ELS
N° 1, 3 et 7: archives ELS
N° 2: archives CLS
N° 4, 5 et 6: J.-C. Guex

Nouvelles de l'Ecole

Entrée printemps 2001

4

Nouvelles de l'Institut

Formations en éthique appliquée

5

Nouvelles de la Clinique

Au revoir Madame Clavel,
Bonjour Monsieur Weissenbach Michel R. Walther
Qualité relationnelle et organisation du travail Anne Clavel

7 8

Dossier: Paroles d'étudiants

Formation généraliste niveau II

- Voyage au cœur de la santé des étudiants. Evelyn Cyvoc et Ludivine Helfer 9
- Nous, personnes et soignants face à la migration. Edwige Burnens et Laura de Sassi 12
- Evaluation des ouvriers âgés de plus de 50 ans, sans qualification de base, dans le milieu de l'entreprise. Emmanuelle Hehlen 15

Formation post-diplôme en santé communautaire. (PRISC)

- Projet de «carnet de Vie pour enfant handicapé» Isabelle Sangra Bron 17

Diplôme Hautes Etudes des Pratiques Sociales. (DHEPS)

- Culture et Santé. Recherche et utilisations des savoirs anthropologiques. Nicolas Vonarx 19

Communiqué

Dialoguer pour soigner, Les pratiques et les droits

Dr Jean Martin

21

Association

Assemblée générale, Communiqués

23

Suite à la lettre de Manille

24

Nouvelles adresses

25

Faire-part

mariages, naissance, décès, anniversaire

26

La recherche : « penser de manière féconde le vécu qui est le sien »

Pour les étudiants infirmiers de niveau II terminant leur formation à l'école La Source, la réalisation d'une activité de recherche en soins infirmiers est loin d'être une formalité. Il est vrai que cette exigence constitue un enjeu dans la mesure où la remise d'un rapport de recherche entre dans l'évaluation finale en vue de l'obtention du diplôme. Mais, ce travail de longue haleine est bien plus que cela car il engage les étudiants, sur plus d'une année, dans une aventure de « transformation » qui accélère et personnalise le processus de professionnalisation.

Aujourd'hui, l'initiation des étudiants au processus de recherche par la conduite d'un projet apparaît comme incontournable en formation professionnelle. En effet, participer à des activités de recherche est désormais considéré comme faisant partie des compétences professionnelles en soins infirmiers. En participant à l'élargissement des connaissances spécifiques à la discipline, l'étudiant œuvre à la reconnaissance de la profession.

Aussi, depuis le début de la formation, les étudiants sont-ils incités à expliciter leur pratique et, à travers la réalisation de travaux écrits ou oraux, à argumenter leur choix dans l'utilisation des connaissances souvent trans-disciplinaires utiles à l'art de soigner.

En terminant sa troisième année, l'étudiant possède donc, un entraînement à la conception et à l'expression d'une pensée personnelle, critique et méthodologiquement rigoureuse qui lui permet de valoriser ce qu'est pour lui l'essence de son rôle professionnel.

La conduite d'une activité de recherche lui donne alors, plus particulièrement l'occasion de parfaire certaines capacités comme :

- D'intégrer des connaissances propres au processus et méthodes de recherche.
- De démontrer des attitudes spécifiques à l'esprit de recherche.
- De collaborer avec les partenaires impliqués dans la recherche comme par exemple, les personnes, les familles et/ou les professionnels.
- De respecter les règles éthiques en particulier, dans la conduite d'entretiens.

La recherche permet également aux étudiants de passer d'une compréhension de situations individuelles à l'étude d'un phénomène nécessairement plus complexe car élargi à un groupe ou une communauté.

Cependant, loin de se réduire à un exercice « méthodologique » centré sur une problématique professionnelle, le cœur de ce processus de recherche est animé, mobilisé par une interrogation, une quête ou un désir de changement impliquant ces étudiants au plus profond d'eux-mêmes mobilisant toutes leurs énergies affectives et intellectuelles.

Aussi, des transformations subtiles, mais parfois radicales, sont visibles chez ces étudiants en fin de réalisation. Elles sont liées à l'expérience d'implication qui favorise une prise de distance vis-à-vis de croyances ou de valeurs bien ancrées, y compris par rapport à soi-même. En fin de compte, celui qui a le plus changé dans l'expérience, c'est l'étudiant lui-même tant il est vrai, comme le souligne Jean-Louis Le Grand¹, que « la recherche permet de penser de manière féconde le vécu qui est le sien ». ■

*Catherine Nicolas,
enseignante ELS
Responsable de module*

¹ Le Grand JL: La « bonne » distance épistémique n'existe pas. Revue Education Permanente. No 100/101. Page 110.



DU 7 JUIN 2001 AU
26 AOÛT 2001

MARINA WUEST-VOGEL
TECHNIQUES MIXTES

DU 6 SEPTEMBRE 2001 AU
28 OCTOBRE 2001

ROSA BOPP
AQUARELLES

VERNISSAGE LE JEUDI
6 SEPTEMBRE 2001
À 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

Nouvelles de l'Ecole



Bienvenue aux nouveaux étudiants

Entrée printemps 2001

Virginie Berruex, Lausanne; Jessica Caravaca, Versoix; Elodie Cardenoso, Thonex; Delphine Chaffard; Jonzier; Sarah Chobtam, Lausanne; Corinne Coleman, Renens; Florence Corbaz, Prilly; Lysiane Dovat, Pallezieux-village; Marie Dubois, Buttes; Nathalie Dubois, Bex; Chaibia Gerzner, Genève; Cécile Gisimondo, Lausanne; Saskia Grossfeld, Lausanne; Alexandra Groz, Prevessin-Moens; Marina Hansford, Vevey; Vanessa Huber, La Tour-de-Peilz; Marisa Loetscher, Onex; Stéphanie Louis, Bremblens; Caroline Manuel, Perly; Lebu Victor Mesongolo, Lausanne; Catherine Monzies, Yverdon; Sophie Muhlematter, Ornex; Aline Musy, Vufflens-la-Ville; Corine Peissard, Savigny; Séverine Pillet, Orbe; Mélanie Pittet, Morges; Anne-Sylvie Renevey, Neuchâtel; Marlène Ribeiro Bastos, Chateleine; Claire Richard, Yvoire; Karen Rochat, Petit. Lancy; Julia Rodrigo, Lausanne; Crystel Roesti, Confignon; Joëlle Savioz, Genève; Mathurin Schenk, Prilly; Léticia Schinz, Grandcour; Anouk Thierry, Echallens; Elena Torriani, Renens; Aline Tripet, Les Rasses.

Le 10 mai 2001

Madame Annick MACQUERON

Kinésithérapeute

A présenté son mémoire intitulé:

L'intégration de l'enfant handicapé moteur dans les structures scolaires ordinaires

La parole aux enfants valides

et a obtenu le Diplôme des Hautes Etudes
des Pratiques Sociales,

option «Pratiques de développement social,
santé communautaire et recherche-action»,
délivré par l'Université Marc Bloch
(Sciences Humaines) de Strasbourg,
avec mention «très bien».

Directeur de recherche: M. Michel Fontaine,
Dr en sciences sociales

Journée Source 2001

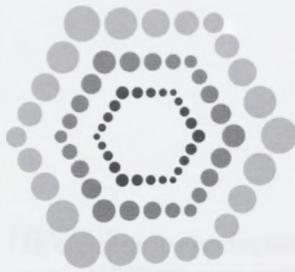
le mardi 9 octobre 2001
au Palais de Beaulieu dès 14h

Cette journée marquera le 10^e anniversaire
de la formation Pratiques Interdisciplinaires
en Gérontologie-Gériatrie (PRIGG).

A cette occasion nous aurons le plaisir
d'entendre Madame Astrid Stückelberger,
présidente de la société suisse de gérontologie,
membre du comité exécutif du réseau internatio-
nal du vieillissement de Genève (GINA)
et co-auteur d'un ouvrage traitant
du «vieillissement différentiel:
hommes et femmes».

Son intervention précédera la traditionnelle
cérémonie de la remise des diplômes
et l'appel des jubilaires.

Venez nombreux partager cette journée!



Nouvelles de L'Institut

Responsable de la rubrique: Walter Hesbeen, secrétaire général

FORMATIONS EN ÉTHIQUE APPLIQUÉE

Institut La Source
43, avenue Hoche
75008 Paris
tél.: + 33 (0)1 40 55 56 57
Fax: + 33 (0)1 40 55 56 58
E-mail: info@institutlasource.fr
Site web: www.institutlasource.fr

Faculté de théologie, d'éthique
et de philosophie
Université de Sherbrooke
2500, boul. Université
Sherbrooke (Québec)
Canada
J1K 2R1
<http://www.usherb.ca/fatep>

Ce champ de pratique et de réflexion vise plus largement à élucider les manières de concevoir aujourd'hui les relations entre les citoyens. Il veut générer des pratiques sociales plus lucides et plus responsables.

Bref, l'éthique appliquée est une herméneutique du jugement moral, une dialectique de la décision singulière sur horizon d'universalité; enracinée dans la plus ancienne tradition philosophique qu'inauguraient Socrate, Platon et Aristote, elle vise à répondre aux problèmes les plus actuels.

Pour qui?

Les programmes de 2^e cycle en éthique appliquée et le doctorat en philosophie s'adressent à des professionnels provenant de plusieurs domaines:

- santé, professions infirmières
- services sociaux
- éducation
- droit, justice, administration pénitentiaire
- communication
- syndicats

La formation proposée est interdisciplinaire, mais sa méthodologie est essentiellement philosophique. Elle favorise les apprentissages en équipe de travail et s'appuie sur des rapports étroits entre compétences professionnelles «de terrain» et compétences de professionnels de l'éthique. La durée de la formation est de 135 heures pour le microprogramme, de 450 heures pour le diplôme, de 600 heures pour la maîtrise. Le doctorat comporte une scolarité réduite n'excèdent pas 270 heures pour laisser tout l'espace requis par la rédaction de la thèse.

Objectifs de formation

Diplôme de 2e cycle d'éthique appliquée

Le Diplôme offre une formation méthodique soucieuse de répondre aux besoins des professionnels appelés à traiter des problèmes éthiques dans leur milieu. Il vise à former des intervenants aptes à poser correctement les problèmes éthiques, tout en leur permettant de participer à la résolution concrète de problèmes de cet ordre dans leur milieu.

Des objectifs spécifiques liés aux questions complexes actuelles

- acquérir un lexique permettant de poser correctement les problèmes éthiques;
- acquérir une connaissance des grandes traditions en éthique;
- acquérir une connaissance des grands courants de l'éthique contemporaine;
- formuler clairement les enjeux éthiques dans des situations problématiques;
- élucider les divers aspects du processus décisionnel dans des problématiques d'ordre éthique;
- analyser les situations qui entraînent un questionnement éthique selon des méthodes reconnues;
- adopter une approche interdisciplinaire dans des discussions d'ordre éthique avec des spécialistes aux formations diverses;
- favoriser le dialogue pour clarifier les enjeux éthiques;
- accroître sa capacité d'empathie dans des situations qui entraînent un questionnement d'ordre éthique;
- être à la fois critique, ouvert et respectueux du pluralisme axiologique.

Qu'est-ce que l'éthique appliquée?

Des problèmes éthiques surviennent si, dans une situation donnée, quelqu'un doit prendre une décision tout en estimant ne pas pouvoir appliquer les règles, les lois, les normes qui fonctionnent d'habitude.

- Soit la règle n'avait pas prévu le cas.
- Soit la prolifération de codes et règlements brouille le jugement.
- Soit l'application stricte contredit l'esprit initial de la règle.

La décision doit alors s'appuyer sur le jugement autonome. L'exercice du jugement autonome en situation concrète forme le champ de l'éthique appliquée.

L'éthique est «appliquée» dans la mesure où il s'agit de produire des outils qui permettent de vivre un rapport à la norme réfléchi et responsable, et qui stimulent le sens du discernement éthique.

Conditions d'admission

Bac+3 dans un champ d'études approprié ou l'équivalent, ou avoir une formation jugée équivalente, sur la base de connaissances acquises ou sur la base d'une expérience jugée équivalente.

Micropogramme de 2^e cycle en éthique appliquée

Le Micropogramme offre une introduction aux méthodes et connaissances nécessaires à une intervention en éthique appliquée en situation concrète. Les crédits obtenus dans ce programme sont transférables au Diplôme d'éthique appliquée.

Conditions d'admission

Bac+3 ou formation jugée équivalente.

Maîtrise en philosophie

Cette maîtrise s'adresse aux personnes désireuses de mener une réflexion autonome sur des questions fondamentales comme celles de la liberté, des valeurs, du sens de la vie humaine, de la société juste ou des avancées médicales. La philosophie et l'éthique tentent d'éclairer ces questions par une analyse et une critique de la tradition philosophique, des savoirs développés par les sciences, ainsi que des croyances et présupposés contenus dans les discours publics.

Conditions d'admission

Bac+3 en philosophie ou formation jugée équivalente

Doctorat en philosophie

Dans le cadre de ce programme, l'étudiant est appelé à poser un regard critique et original sur les problèmes qui, au sein de notre société, ressortent du domaine de l'éthique appliquée.

Objectifs de la formation

Le programme de doctorat en philosophie permet à l'étudiant:

- d'accroître et de démontrer son aptitude à poursuivre des recherches originales d'une façon rigoureuse et autonome;
- de faire progresser le savoir et la recherche en éthique;
- d'exposer les résultats de sa recherche dans un texte philosophique d'envergure.

Le doctorat en philosophie permet à l'étudiant de travailler dans un milieu dynamique, aux côtés de professeurs chercheurs hautement qualifiés, dont les travaux ont un écho et un rayonnement international.

Conditions d'admission

Condition générale

Bac+5 en philosophie ou formation jugée équivalente

Condition particulière

Avoir fait la preuve de son aptitude à la recherche par un mémoire ou par un essai d'une qualité scientifique jugée satisfaisante par la commission d'admission.

Ce programme est offert en collaboration avec l'Université Laval à Québec.

Coûts

Les coûts sont déterminés par l'institut La Source pour chaque niveau du programme. Pour plus d'informations:

Institut La Source
43, avenue Hoche
75008 Paris

Téléphone: + 33 (0)1 40 55 56 57
Fax: + 33 (0)1 40 55 56 58

E-mail: info@institutlasource.fr
Site web: www.institutlasource.fr

La délégation européenne de professeurs pour 2002

Jean Bédard, M.A. éthique

Ecrivain, intervenant social et philosophe, il a développé une expertise en éthique appliquée, notamment dans le milieu des Centres jeunesse du Québec. Auteur de: Maître Eckhart chez STOCK, Paris, 1998 et Nicolas de Cues chez Hexagone, 2001.

André Lacroix, Ph. D., avocat (LL.L.)

Analyse les méthodes de l'éthique appliquée dans le contexte économique et social d'aujourd'hui: les notions de collaboration et d'organisation du travail sont ici décisives. Travaille notamment avec le Laboratoire d'éthique publique (INRS). Codirecteur de Méthodes et intervention (Fides, mars 2000)

Alain Létourneau, D. Ph. et D. Th

Se spécialise dans l'éthique des communications au sens le plus large, par delà le champ plus restreint des mass média. Ethique et politique dans l'organisation, public et publicité, argumentation et discussion sont au cœur de ses recherches. Auteur de l'herméneutique de Maurice Blondel: son émergence pendant la crise moderniste, Montréal, Editions Bellarmin, 1999. Codirecteur de Méthodes et intervention (Fides, mars 2000).

Jean-François Malherbe, D. Ph et D. Th

Nous sur divers terrains l'éthique et la tradition philosophique: en sécurité publique, en ingénierie, dans les pratiques syndicales et le relations d'aide en contexte de violence. Au centre de ses interventions, l'autonomie et l'incertitude. Auteur de nombreux ouvrages d'éthique clinique, son livre «Pour une éthique de la médecine» (Artel-Fides, 3^e éd., 1997) est traduit en plusieurs langues.

Gilles Voyer, M.D., LL.M., M.A.

Médecin, membre de plusieurs organismes de la santé, dont le Groupe de recherche en éthique clinique. Il a publié en 1996 chez Fides (Montréal) et Artel (Namur, Belgique) un ouvrage intitulé «Qu'est-ce que l'éthique clinique».

Nouvelles de la Clinique

Bonnes déductions

Au revoir Madame Clavel!

Appelée au poste de Directrice des soins infirmiers de la Clinique de La Source au début des années 1990, Madame Anne Clavel, **sourcienne de formation**, en possession de diplôme et certificat universitaires étrangers et enseignante dans la profession, a rempli sa fonction au plus près de sa conscience, avec le souci permanent de maintenir une **qualité de soins infirmiers au-dessus de la moyenne**, à la base de la réputation dont l'institution bénéficie actuellement.

En tout temps, elle a mené sa tâche à bien, alors même que ce ne fut pas une chose facile à réaliser dans les turbulences rencontrées ces dernières années! En effet, la pression exercée par les caisses maladie a fortement modifié la durée des séjours hospitaliers des patients, par conséquent influencé le travail des soignants. De plus, la hausse constante du nombre d'hospitalisations d'un jour (dépassant à l'heure actuelle le 50% du total des patients) a considérablement augmenté la charge de travail dans un temps plus limité. Madame Clavel a su s'adapter à ces changements et prendre les mesures qui s'imposaient, notamment dans la dotation en personnel, afin que le fonctionnement des unités de soins n'en soit pas affecté et que les soins à apporter aux patients soient garantis.

Nous lui adressons nos plus vifs remerciements pour la tâche précieuse qu'elle a accomplie au sein de La Source pour assurer la réputation dont elle jouit aujourd'hui et lui souhaitons une **heureuse retraite**.

Bienvenue Monsieur Weissenbach!

Pour succéder à Madame Anne Clavel, la Clinique a souhaité favoriser une promotion interne et a fait appel à Monsieur Pierre Weissenbach, **jusqu'ici infirmier-chef de coordination du Bloc opératoire**, pour lui confier la Direction des soins infirmiers de la Clinique et assurer ainsi la pérennité de la conception de soins et d'accueil que cette dernière a adoptée.

En effet, M. Weissenbach présente le grand avantage d'avoir une connaissance approfondie de la maison, puisqu'il a commencé à se familiariser avec elle au cours de ses études **d'infirmier en soins généraux** à l'Ecole La Source déjà, puis en effectuant une formation post-diplôme **d'infirmier anesthésiste** à la Clinique même.

Après plusieurs années d'expérience pratique en chirurgie, médecine, polyclinique, urgences et anesthésie, notamment en hôpital universitaire et une année de mission humanitaire

en tant qu'administrateur médical à l'étranger, il revient à La Source en qualité d'infirmier-anesthésiste, responsable de la formation post-diplôme en anesthésie. En 1993, au terme de sa formation à l'ESEI, il a été nommé au poste d'infirmier chef de coordination du Bloc opératoire.

Sa formation très complète et celle qu'il termine actuellement pour obtenir une **Maîtrise en gestion des systèmes de soins auprès de la Webster University à Genève**, ses qualités humaines envers les patients, les médecins comme les collaborateurs, sa sensibilité, son aisance de communication ainsi que son engagement et sa disponibilité à l'égard de l'institution sont autant d'éléments qui ont été déterminants dans la prise en considération de sa candidature. Nous nous réjouissons de collaborer avec lui et lui souhaitons de rencontrer plein succès ainsi que beaucoup de satisfaction dans sa future activité.

*Michel R. WALTHER
Directeur général*

2



Qualité relationnelle et organisation du travail

L'année 2000, dans le service des soins infirmiers, a vu apparaître l'informatique dans les unités de soins... et des tenues d'infirmières «casaque pantalons», entre autres changements dignes de ce nouveau siècle!

Cependant, la préoccupation la plus importante est restée de satisfaire les patients et leurs proches, et de les accompagner dans ce qu'ils vivent avec respect et compétence. Cela paraît simpliste de l'exprimer ainsi, brièvement; pourtant le défi a été quotidien au vu de l'augmentation - certes bienvenue - du nombre de patients, et de surcroît la pénurie d'infirmières compensée par un recours toujours aléatoire à du personnel intérimaire.

Sommes-nous parvenus à contenter les patients? Ils s'expriment en majorité positivement dans les évaluations qu'ils remettent à leur sortie, répondant aux questions sur leurs attentes, la qualité des soins et les informations données par les infirmières. Mais ce sont surtout les innombrables lettres de reconnaissance envoyées dans les unités de soins qui nous indiquent le niveau et les raisons de leur satisfaction: elles relèvent avant tout des qualités de relation, de chaleur humaine et d'écoute, en précisant parfois le nom d'une infirmière. Ces témoignages montrent qu'il peut se créer des échanges forts et appréciés. Il y a eu aussi quelques plaintes: la prise de contact avec les mécontents fait presque toujours émerger une lacune de communication à un moment du séjour.

Si ces quelques données sont relevées, c'est pour insister sur l'importance de la dimension relationnelle dans des soins de qualité. Une évidence?

Bien sûr. Mais elle a besoin de multiples moyens pour se développer, tels que la personnalité et la compétence professionnelle des soignants et les choix d'organisation du travail, ce dernier aspect ayant une portée significative. À cet égard, le service des soins infirmiers de la Clinique a soutenu plusieurs options qui visent à faciliter une continuité de contacts entre infirmière et patient, et permettre la construction d'une relation de confiance.

Très succinctement présentées, ces options sont:

- Des équipes formées d'infirmières et d'étudiantes en soins infirmiers uniquement et un système de répartition individuelle: à chaque infirmière est attribué un ou plusieurs patients pendant son horaire de travail. Elle est alors responsable de l'ensemble des prestations de soins, qu'elle pratique elle-même pour «ses» patients: soutien, surveillance technique, accompagnement, prévention, ainsi que contacts avec les proches. Cette manière de procéder permet de faire face à la complexité de chaque situation en bénéficiant de toutes les occasions de contact pour relever des détails, des subtilités qui seront le fondement d'une vision complète de l'état du patient. Par la suite, les interventions seront d'autant plus adaptées et personnalisées. Cette façon de faire diminue donc la dilution et la perte de données indispensables à une professionnelle qui sait les utiliser. Même si d'autres personnes tissent des liens avec les patients (les aides, les physiothérapeutes, par exemple, ou bien sûr les médecins - mais il s'agit là d'un autre type de relation privilégiée), il n'en reste pas moins que l'infirmière a le plus souvent un rôle crucial.

• Des unités de soins pluridisciplinaires de dimensions restreintes (11 à 17 lits) pour que l'équipe d'infirmières soit d'un nombre qui facilite la transmission d'informations au sujet des patients. Comme il est nécessaire de fournir des rapports pour des soins 24h sur 24, mieux vaut éviter les risques de dispersion ou d'interprétation des consignes qu'un grand nombre de personnes impliquerait. De plus l'infirmière responsable de cette petite unité a un rôle de référence dans les soins et d'animation d'équipe. Elle est par là même très proche des patients et des infirmières, ce qui lui permet d'assurer plus facilement la qualité des soins.

Si ces choix d'organisation brièvement rappelés ont fait leurs preuves dans la participation à une qualité relationnelle dans les soins, ils sont cependant menacés par la pénurie d'infirmières. Pour gagner du temps, l'infirmière va-t-elle alors céder certains soins à d'autres soignants moins formés, pour garder des activités administratives chronophages, et perdre alors des occasions de créer cette relation approfondie? Ou va-t-elle plutôt déléguer les soins indirects (préparation de matériel, téléphones, relevés informatiques, par exemple) à des personnes préparées à ces tâches, afin de garder un maximum de chances de contact avec le patient et utiliser ses connaissances cliniques?

A La Source, comme dans d'autres milieux hospitaliers, un tournant décisif s'annonce pour les infirmières, car indépendamment du développement de leur formation, les choix d'organisation du travail vont considérablement influencer leur pratique.

Anne CLAVEL
Directrice des Soins infirmiers

Dossier

Paroles d'étudiants

Formation généraliste niveau II

Voyage au cœur de la santé des étudiants...

Une école de soins infirmiers qui forme de futurs professionnels de la santé ne peut et ne doit pas négliger la santé de ses étudiants. Investir dans leur santé, c'est investir aussi dans la capacité qu'ils auront de prendre soin de l'autre, de la collectivité. C'est sur la base de ces postulats et sur une préoccupation grandissante au sujet de la santé des étudiants de notre école qu'une étude a été entreprise dans le courant de l'année 1999, à l'Ecole La Source. Le Service de Santé et l'Unité de Recherche et Développement (URD) se sont associés pour la réalisation de celle-ci. La nature de l'étude est exploratoire et descriptive. Les objectifs poursuivis sont:

- Faire le point sur la santé des étudiants de l'école.
- Identifier les différents comportements à risque, mais aussi les comportements protecteurs qu'ils peuvent adopter face aux problèmes de leur vie, de leur formation ou de l'adaptation constante inhérente au monde du travail.
- Évaluer leurs besoins de santé afin d'élaborer un plan d'action en fixant des priorités avec leur participation.

Comment notre voyage commença

Au début de l'an 2000, en vue du 1er Congrès International des Infirmières et Infirmiers de la francophonie qui se tiendrait du 19 au 23 novembre de la même année à Montréal, le Service de santé et l'URD proposèrent aux organisateurs la présentation d'une affiche (poster) qui porterait sur le thème de la santé des étudiants à l'Ecole La Source. La proposition d'affiche fut

retenue. La confirmation de participation arriva vers la fin de l'été: en septembre 2000 notre voyage au cœur de la santé des étudiants commença.

A cette période, nous étions au début de notre quatrième année de formation, la recherche en soins infirmiers commençait à faire écho en nous, la réalisation d'un rapport de recherche figurant parmi les exigences de notre formation. Il faut dire aussi que nous étions toutes les deux sensibilisées à cette problématique ayant déjà réalisé divers travaux abordant ce sujet et que l'une d'entre nous l'avait choisi comme thème pour son travail de recherche. L'assistante de recherche de l'URD prit contact avec nous et nous proposa de participer à la réalisation de l'affiche qui serait présentée à Montréal. Cette offre nous semblait fort intéressante et cela à plus d'un titre. En effet, participer à une telle réalisation nous permettait non seulement de nous investir dans une problématique qui nous touchait de près, mais aussi, et nous pourrions dire surtout, elle nous offrait l'opportunité d'acquérir

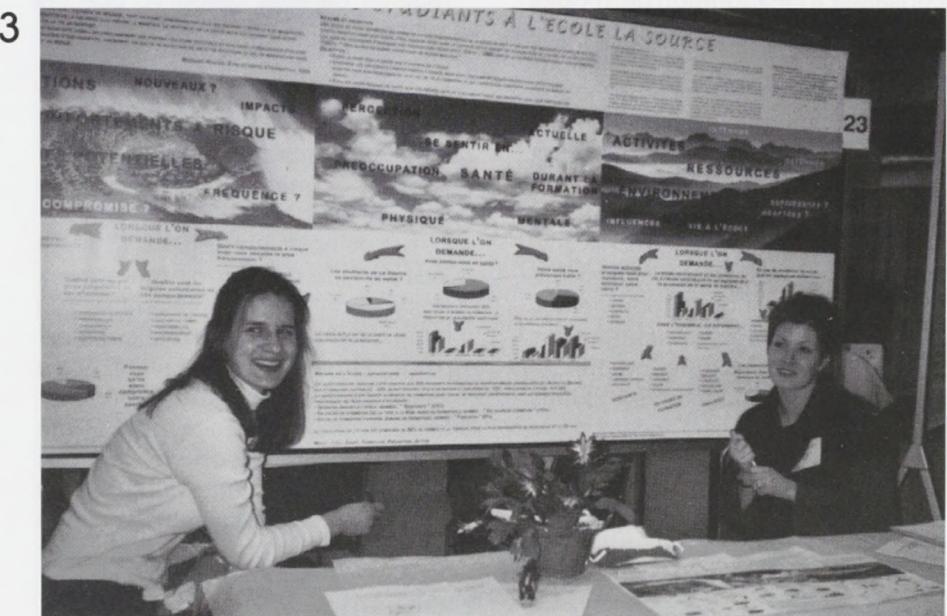
des connaissances et de développer des apprentissages en matière de recherche. «La cerise sur le gâteau» fut sans doute le fait de pouvoir participer en direct à notre premier «grand» congrès et de nous déplacer à Montréal.

Cette expérience nous a appris, apporté...

Aujourd'hui, quelques mois après notre participation au 1^{er} Congrès International des Infirmières et Infirmiers de la francophonie, il est l'heure pour nous de faire le bilan de tout ce que cette expérience nous a apporté.

Préparer l'affiche

Parmi les différents outils choisis par l'étude pour le recueil de données concernant la santé des étudiants de notre école, un questionnaire avait été conçu et distribué, entre septembre et octobre de l'an 2000, aux 333 étudiants en formation pendant cette période. Parmi les 333 questionnaires distribués, nous en avons reçu 243 en retour.



En premier lieu, avant même de commencer à penser à la forme que prendrait l'affiche, nous avons saisi les données de ce questionnaire. Pour réaliser cette saisie, une base de données élaborée à l'aide du logiciel FileMaker Pro nous a servi de support. Après nous être familiarisées avec ce logiciel, nous nous sommes donc concentrées sur la saisie des données. Ce travail nous a semblé pénible, car il nous a demandé beaucoup de temps, de rigueur et une grande concentration. Il nous a permis cependant, de prendre conscience de l'importance de cette phase et du sérieux exigé par celle-ci. Si la saisie des données ne se réalise pas de manière conscientieuse, le fondement même de l'étude s'en trouve compromis. Il nous a ainsi été possible d'adopter une position de chercheur et de prendre un point de vue plus objectif c'est-à-dire, prendre du recul par rapport à nos propres expériences et sentiments.

La créer

La saisie des données terminée et le traitement d'une partie de celles-ci réalisé, nous avons enfin pu nous consacrer à l'élaboration de «l'objet rare», notre affiche. C'est elle qui allait mettre en valeur et illustrer les premiers résultats de l'étude obtenus grâce au questionnaire.

La création de l'affiche est le fruit d'un travail d'équipe. En collaboration avec l'infirmière de santé de l'école et l'assistante de recherche, nous avons sélectionné les données que nous jugions pertinentes de présenter, en argumentant nos choix pour donner une logique de lecture à notre document. Nous nous sommes mises d'accord sur le fond et la forme de l'affiche. Nous avons, entre autres, pris des décisions à quatre et trouvé des consensus entre nos différents points de vue et caractères. Du côté plus technique, nous avons déve-

loppé quelques premières notions en statistiques, créé différents types de graphiques qui illustraient les résultats, utilisé le logiciel Excel et observé comment le graphisme de l'affiche prenait forme grâce au travail réalisé par le Secteur technologie d'information (STI) de notre école.

Nous avions un mois pour réaliser cette affiche, raison pour laquelle nous avons dû apprendre à gérer notre temps tout en tenant compte des contraintes. D'une part, nous avions des consignes et des recommandations bien précises pour sa réalisation; d'autre part, nous devions faire avec les exigences de notre formation (stage et projet de recherche à rendre) et les événements institutionnels (inauguration des nouveaux locaux de l'école).

La présenter

Nous voilà prêtes à boucler les ceintures pour le décollage, direction Montréal...

Arrivées au congrès, nous avons accroché notre poster au milieu de cinquante-trois autres. Et voici cette affiche, que nous avions «couvée» pendant un mois, exposée aux regards de tous. «Pourvu que les autres exposants soient moins critiques avec la nôtre que nous avec les leurs.» Mais là encore, nous avons appris à nous distancer et saisi l'occasion pour apprendre tant sur les contenus que sur les démarches de nos collègues.

Le but de notre présence était avant tout de faire connaître notre travail. Il s'agissait de le présenter aux congressistes qui s'arrêtaient, l'espace d'un moment, devant notre stand, mais également d'attirer l'intérêt de ceux qui hésitaient... (Nota bene: la dégustation de chocolat suisse rendait tout de suite les choses plus attrayantes. Sauf que sur ce terrain, c'était avec les Belges que nous avons dû entrer en compétition!)

Notre affiche avait été sélectionnée parmi l'ensemble de celles présentées au congrès, pour être commentée en détail dans le cadre des séances nommées «amphithéâtre». Pour ce faire, nous avons pris le micro à quatre. Bien que cette expérience de présentation publique fut pour nous source d'un «certain» stress, elle nous a apporté toutefois une plus grande assurance et la conviction que notre travail était accueilli avec intérêt... Pendant les trois jours d'exposition, nous avons pu développer notre présentation afin de la rendre claire et concise, tout en restant vigilantes à la diffusion des données qui n'étaient pas encore officiellement publiées.

Nous avons pris conscience de la responsabilité que nous avions envers les outils de recherche et les données recueillies.

Participer en tant que congressiste...

Après avoir endossé «la panoplie du parfait petit congressiste» (badge, bloc-notes et stylo publicitaire autour du cou), nous avons assisté à différentes conférences et suivi avec intérêt les interventions proposées par les représentants de l'ELS. Rencontrer des infirmiers et infirmières, des enseignants et des étudiants de tout l'espace franco-phone a été un fait marquant, comme la confrontation à d'autres conceptions de soin et à d'autres systèmes de formation; nous avons ainsi pu mieux nous situer par rapport à notre propre formation et en dégager ses nombreux avantages.

En assistant à la présentation de nombreuses études, il nous a semblé que deux types de recherches différentes, mais probablement complémentaires, en émergeaient. D'une part, des recherches débouchant sur des offres en soins de type «protocolaire» (prévention

des chutes à l'hôpital, etc.) dont le contenu et la démarche étaient plutôt pragmatiques, et d'autre part, des recherches traitant davantage du sens de la profession et de son développement.

Ces dernières nous sont apparues plus familières, plus proches sans doute de notre propre formation. Au vu de la richesse des apports présentés et de leur diversité, nous sommes curieuses de savoir comment ces recherches seront diffusées et quel sera leur réel impact sur la pratique infirmière. Peut-être que le SIDIIIF (Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone) pourrait répondre à cette question.

Acquis pour l'avenir

Au cours de cette expérience nous avons développé des compétences certes, mais également un réel intérêt pour la recherche en soins infirmiers. Nous sommes aujourd'hui en mesure de lui donner un sens plus significatif; nous ne la percevons plus uniquement comme un moyen de validation, mais bien comme un des outils essentiels de l'infirmière. Nous pouvons dire que, nous sommes devenues plus sensibles et véritablement conscientes des bénéfices que la recherche en soins infirmiers peut apporter à la profession.

Nous avons le sentiment d'avoir pris du recul par rapport à notre propre vécu, nos propres perceptions et nos a priori, à la fois face à notre santé et à celle de nos collègues, mais aussi face à notre formation, voire même à notre profession.

Grâce à nos échanges avec l'assistante de recherche, l'infirmière de santé, les enseignants, la directrice, les congressistes et les étudiants d'autres pays francophones, nous avons pu relativiser nos impressions, les nuancer et les affiner.

Le voyage au cœur de la santé des étudiants se poursuit, puisque l'étude est encore en cours...

Cependant, certaines retombées commencent à apparaître, comme la création du groupe santé composé d'étudiants et d'enseignants, et la présentation de la recherche au sein de l'école grâce à l'affiche que nous avons si fièrement présentée et défendue à Montréal. ■

*Evelyne CYVOCT
et Ludivine HELFER
(étudiante cycle 4)*

d'n service sa

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

Lausanne
(021) 626 04 04

Echallens
(021) 881 40 74

Nous, personnes et soignants face à la migration

Nous sommes dans un nouveau millénaire, nos yeux se tournent vers le passé et nous ne pouvons qu'être émerveillés de constater les innombrables changements qui se sont produits durant ces cent dernières années. Le progrès de la science, de la technologie, des moyens de communication, ont transformé une société qui est entrée dans l'an 2000 avec de grandes acquisitions, mais parallèlement avec de graves incertitudes, à l'exemple de la migration.

Depuis de nombreuses années, les statistiques nous informent de la migration de millions de gens devant fuir leur pays en guerre, la famine, la sécheresse, les inondations. Ces chiffres posent un regard scientifique, clair et précis, sans émotion. Les médias nous montrent et nous décrivent des personnes, le visage marqué par la souffrance, la fatigue, la peur, marchant en longues colonnes, chargées de bagages, avec l'espoir de trouver une terre d'accueil.

Réfugiés en Suisse: quelques chiffres

Demandes d'asile déposées:

- de janvier à août 1999: 38'579
- en 1998: 41'302
- en 1997: 23'982

Réfugiés et autres personnes relevant du domaine de l'asile (état au 31 août 1999):

- effectif total: 182'013

Source: Statistique ODR

Ces images et ces chiffres nous interpellent, sans nous permettre de réaliser ce que cela représente vraiment. Nous ignorons la provenance de ces gens, leur vécu. Ils arrivent dans notre pays et nous allons les rencontrer, nous trouver alors face à leur réalité.

Les difficultés du soignant face au migrant

Hospitalisés pour des problèmes de santé, ces réfugiés arrivent avec un bagage d'expériences, de violence, de souffrances, de peurs, de difficultés. Tout ce passé se reflète dans leurs yeux, ne nous laissant qu'un grand sentiment d'impuissance. Nous, les professionnels, nous les accueillons et nous sommes confrontés à un premier obstacle: la différence linguistique. Souvent, ces patients ne connaissent que quelques mots de la langue, d'où notre difficulté de les informer, et, pour eux de communiquer. Le soignant cherche alors d'autres ressources (mimes, images, tierce personne...), mais les échanges restent superficiels. L'interprète qui pourrait faciliter la liaison n'est souvent pas en mesure de répondre aux multiples demandes.

Nous rencontrons un deuxième obstacle lors du recueil de données. D'une part, les soignants, méconnaissant les règles et les rôles propres à la culture du client, risquent de le heurter par le non-respect de ses valeurs. Par exemple, s'adresser à une femme kosovar alors que son mari est présent, va à l'encontre des règles sociales de ce peuple. Dans cette culture, l'homme gère les relations hors du foyer, alors que la femme en assume le fonctionnement interne. D'autre part, il y a aussi des sujets tabous en fonction de certaines personnes présentes (par exemple, un médecin homme face à une femme iranienne): ces éléments sont à prendre en considération lors du recueil de données.

Le soignant cherche à établir une offre en soins et se voit confronté à l'existence de valeurs, de croyances, parfois diamétralement opposées aux siennes. Prenons l'exemple de la femme kosovar, qui ne peut comprendre pourquoi ce sont les soignants qui se chargent des soins de base de son bébé, alors que dans son pays, la mère ou la grand-mère les assument.

Afin que l'offre en soins soit complète, il est nécessaire de partir des besoins de ces personnes, et il s'avère souvent difficile de leur faire exprimer leurs attentes réelles de par la crainte qu'ils ont de nous froisser. Dans un univers hospitalier inconnu, ils n'osent pas nous contredire ou exprimer leur désaccord face à nos propositions, de peur d'être rejetés ou jugés.

À ces difficultés majeures pour le soignant, s'ajoutent les différences de perception du corps, de l'espace, du temps, de l'environnement, de la maladie, du milieu. Tous ces éléments témoignent de la complexité d'une prise en charge du migrant. Que devient alors le rôle du professionnel?

Ces mots, que nous ne comprenons pas, ces rituels, ces règles qui n'ont aucun sens pour nous se doivent de rester présents à notre conscience. La relation soignant soigné se charge souvent d'un lourd vécu, à entendre et à comprendre, d'où la persistance d'un sentiment d'impuissance.

Les images et les chiffres prennent à l'hôpital la forme d'un visage qui nous confronte directement à la réalité.

Comment le soignant peut-il aider ces personnes, ou du moins les accompagner dans cette étape de la vie?

Cohen-Emerique nous donne un début de réponse quand elle écrit: Tout processus d'aide auprès des minorités culturelles se fonde sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs, de ses besoins, et passe par une écoute compréhensive et un climat de confiance¹.

Cette citation décrit la base des soins interculturels. Dans l'idéal, ce seraient des soins de qualité. Mais, comme le dit Sandriato: Consciemment ou non, l'intervenant analyse les besoins de la population cible en fonction de valeurs et de représentations qui sont au cœur de notre culture occidentale: modèle de la famille nucléaire, normes d'égalité entre les sexes, primat des droits des individus sur ceux du groupe, etc.²

Le professionnel de la santé travaille empreint de ses propres valeurs, avec lesquelles il a toujours vécu. Il aimerait, consciemment, les ignorer, mais faisant partie intégrante de sa personne, il n'y parvient pas.

Comment, alors, concilier l'idéal que propose Cohen-Emerique avec la

réalité? Pour cela, nous citons Clanet: Le rôle du professionnel dans l'approche interculturelle est de créer des zones d'intercompréhension entre le client et lui, chacun avec sa langue, ses attitudes, ses habitudes, ses règles, etc. Dans cet espace, client et professionnel expriment leurs attentes réciproques, leurs représentations réciproques, leurs codes différents, dévoilent leurs représentations, s'écoulent et se respectent³. Dans cette zone d'intercompréhension, chacun des deux interlocuteurs se sent en droit d'être lui-même, d'être respecté par l'autre. Ceci n'implique pas le partage des croyances, mais leur reconnaissance. Concrètement, le soignant se doit de demander des explications, le sens que le soigné y accorde, ainsi ce dernier sent qu'il est respecté pour ce qu'il est, sans qu'il y ait forcément partage des mêmes valeurs. Il s'agit d'une zone de dialogue qui facilite le rapprochement de deux personnes de culture différente, avec des expériences de vie propre à chacun. Cette zone leur permet également de poser leurs limites, les deux protagonistes se trouvant sur pied d'égalité, avec leurs propres ressources et leurs propres faiblesses. Le soignant peut alors être authentique, car il sait, qu'il a le droit, de parfois se sentir submergé par ce que

raconte le client, et d'être en mesure de le lui dire. Il accompagne ainsi la personne plus étroitement dans ce qu'elle vit.

Les moyens nécessaires à la création de la zone d'intercompréhension

- Graber⁴ propose un modèle, pour la création d'une zone d'intercompréhension, basé sur trois volets simultanés:
 - La connaissance de soi: elle est le préalable à la connaissance de l'autre et elle nécessite donc d'identifier sa propre appartenance culturelle avec les valeurs, les représentations, l'histoire personnelle, les façons de communiquer et la culture de la profession (histoire, valeurs, pratiques...).
 - La connaissance de l'autre: il est nécessaire d'apprendre son histoire, ses valeurs, ses représentations, sa langue, ses attentes, ses pratiques, ses savoirs.
 - La connaissance de l'environnement physique et politique dans lequel se situe l'interaction.



• Il est également nécessaire de relativiser nos méthodes de soins afin de créer une relation d'égal à égal.

Camilleri affirme dans ce sens que, l'attitude principale à avoir dans la rencontre interculturelle, est la pratique de la décentration. Il la définit comme étant: La prise de conscience et la déconstruction des attitudes et autres éléments de la personnalité qui empêche de prendre en compte l'autre dans sa différence⁵.

C'est savoir s'ouvrir, ne prendre en considération que soi-même dans ses représentations, ses jugements et conduites, c'est se rappeler que l'évidence de l'un n'est pas celle de l'autre, c'est savoir relativiser, c'est prendre le risque de sortir de soi, des siens.

• Un des éléments favorisant la compréhension de la migration est d'en connaître les mécanismes, les possibles conséquences sur la vie d'un individu, d'une famille; c'est être conscient des éléments qui vont favoriser ou rendre encore plus difficile l'adaptation à la nouvelle culture. Être sensible aux enjeux de la migration, donne au soignant des bases de références pour rendre compréhensible une situation complexe.

La création de cet espace de dialogue et de compréhension est exigeante, très riche en découvertes et en remises en question.

En conclusion, les personnes migrantes, par leur vécu, nous conduisent à nous questionner et à réagir. Les rencontrer nous pousse à aller plus loin pour trouver d'autres manières d'entrer en relation avec eux. Les accompagner signifie remettre en question nos certitudes, ouvrir notre esprit, sortir de nos cadres de références. Ils nous renvoient à nos valeurs, nous permettant ainsi de progresser dans la connaissance de nous-

mêmes. La rencontre interculturelle est un défi que nous voulons relever, peut-être qu'alors ces images et ces chiffres ne nous paraîtront plus aussi étrangers.

Nous voudrions terminer par une réflexion s'inspirant de la lecture de différents travaux: considérer le soin comme une valeur et non comme une connaissance, offre un espace de liberté, de réflexion, qui induit le soignant à ne pas se renfermer dans une pensée unique, où le client deviendrait stéréotypé et son approche donc très appauvrie par rapport à la complexité qui fait de chaque être humain un trésor. ■

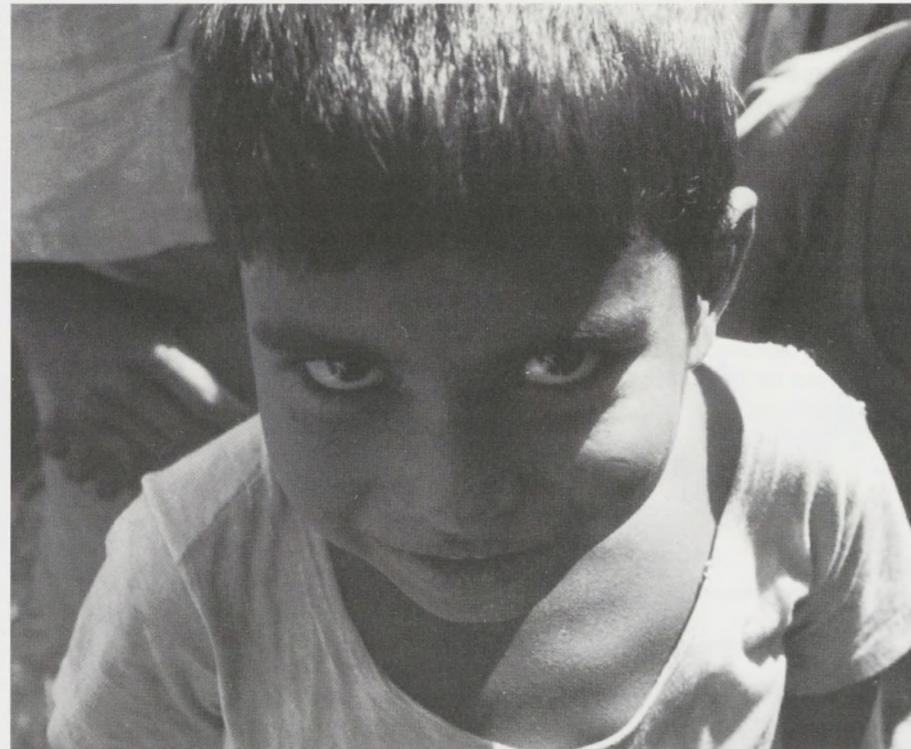
*Edwige Burnens, Laura de Sassi
(diplômées automne 2000)*

- 1 R. Massé, Culture et Santé publique, Montréal, Ed. Gaétan Morin, 1995, p. 436
- 2 R. Massé, Culture et Santé publique, Montréal, Ed. Gaétan Morin, 1995, p. 437
- 3 A.-C. Graber, Créer une zone d'intercompréhension. Formation à l'approche interculturelle et pratiques sociales. Strasbourg: Mémoire Hautes Études des Pratiques Sociales, 1996, p. 33
- 4 A.-C. Graber, Colloque PRAQSI, IV, 1997
- 5 C. Camilleri, Le choc des cultures, Paris: Ed. L'Harmattan, 1989, p. 393

Bibliographie.

W. Hesbeen, Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris: Interéditions, Masson, 1997.

5



Evaluation des besoins des ouvriers âgés de plus de 50 ans, sans qualification de base, dans le milieu de l'entreprise

La médecine du travail s'intéresse beaucoup à l'environnement contextuel du poste de travail et de son influence sur la santé physique du travailleur. Les aspects plus reliés au ressenti, au vécu, au confort psychique, à la signification de la tâche, au sens et à la place sociale donnée au travail par le travailleur lui-même n'ont été la source que de très peu d'intérêt jusqu'ici.

Cette dernière a pourtant pour but de promouvoir le plus haut degré du bien-être physique, mental et social des travailleurs de toute profession,... de placer et de maintenir les travailleurs dans un emploi convenant à leurs aptitudes physiologiques et psychologiques, en somme d'adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.

Le développement économique et technologique de ces dernières décennies, l'éventail des contraintes auxquelles le travailleur est exposé s'est profondément modifié; même si les contraintes ergonomiques, physiques et chimiques, exercent toujours des effets notables sur la santé, on relève aussi de plus en plus une prédominance des contraintes psychosociales telles que: monotonie, surmenage et stress, complexité des exigences, adaptation à de nouvelles situations, conflits et nuisances, etc... Aussi, la sécurité et la médecine du travail n'en continuent pas moins de tendre surtout à éviter des maladies et des accidents du travail.

Mon étude s'intéresse à des personnes employées par l'entreprise.

Selon les faits énumérés précédemment, le choix s'est porté sur six ouvriers de plus de 50 ans et sans qualification de base, choisis au hasard et avec leur accord. Cette population correspond à un groupe dit à risque, au regard de la conjoncture actuelle.

Des entretiens individuels leur ont été proposés. Ils ont été amenés à se prononcer sur cinq thèmes différents: leur conception du travail et de la santé, leur perception formelle et informelle de l'organisation du travail, leurs projets d'avenir, leur perception d'eux-mêmes et de la retraite, leur perception du rôle de l'infirmière de l'entreprise.

Peut-on parler de travail et de santé? Est-ce une utopie dans la population des personnes ouvrières âgées de plus de 50 ans et sans qualification de base, en milieu industriel? Pour comprendre les effets du travail sur la santé, il est nécessaire d'associer les facteurs physiques ou environnementaux des postes de travail et les facteurs psychosociaux liés à celui-ci. Cette étude tente de démontrer combien les déterminants, comme l'âge, la catégorie socio-professionnelle, la question du choix du métier, de l'histoire de vie sont prépondérants dans l'évaluation de la souffrance psychique au travail. Combien une perception négative du travail des personnes ouvrières, comprenant les dimensions d'organisation du travail, influence de manière significative et négative l'état de santé manifeste et perceptuel de ces personnes, tant en terme biologique que psychologique et social.

Après analyse des entretiens, les principales observations sont les suivantes:

- Je remarque notamment, comment une conception de la santé, principalement axée sur la dimension du physique, peut influencer les comportements, la prise en considération et la compréhension des

signes d'usure mentale manifestes chez ces personnes. Je relève que sur six personnes, une seule a pu et su s'aménager, depuis de nombreuses années, d'autres activités non professionnelles et notamment sportives, pour pallier à son inconfort, sa dévalorisation au travail. Elle est peut-être la seule qui puisse prétendre à un état de santé équilibré. Pour les cinq autres personnes, il y a une quasi inexistence de projets tant personnels que professionnels, ce qui témoigne d'une atteinte plus importante de la santé.

- Je parviens également à distinguer deux tendances dans les discours que je divise en deux groupes: l'un plus revendicateur (groupe I) et l'autre plus passif (groupe II). Les deux groupes sont atteints dans leur santé tant biologique que psychologique, en terme d'usure. Ces deux groupes tendent à démontrer qu'avec les années, l'individu risque de sombrer de plus en plus dans une attitude de passivité. Même si cela ne paraît pas dans le discours du deuxième groupe, c'est le signe d'une atteinte très prononcée de la santé, d'une aliénation. Cette attitude de passivité est apparemment fortement liée au concept de l'âge et de l'ancienneté dans l'entreprise. Ces personnes sont proches de la retraite et perçoivent le bout du tunnel. Elles savent qu'il ne reste plus que peu d'années, cela leur procure un deuxième souffle. Elles se distancient de plus en plus de leur travail, de ce travail qui les a tant usés, fatigués physiquement et mentalement. A première vue, on pourrait se dire que cela n'est pas plus mal, mais ceci n'est qu'apparence, car derrière cette attitude, cette carapace, derrière cette mise en place de mécanismes de défense, la personne souffre, de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle aurait aimé être. Elle tire un bilan peu élogieux de son vécu au travail. C'est le fait de devenir passif qui témoigne et concrétise un certain mal-être, une usure, un fatalisme.

C'est là que l'on peut distinguer l'importance de la prévention de la santé, tenter d'agir le plus tôt possible pour que ces personnes puissent mettre en place des soupapes de sécurité afin d'éviter un épuisement trop important et l'attitude de passivité destructrice pour leur mental. La passivité est comme une «petite mort» intérieure, un enfermement sur soi. Le premier groupe se trouve encore en amont de ce phénomène, ces personnes ont la force de revendiquer, d'exprimer leurs déceptions, leurs colères mais quelques années suffiront, certainement pour certains, à les faire basculer dans cette acceptation lancinante.

• Je remarque des différences de valeurs, de cultures du travail dans les deux groupes: le premier groupe est plus empreint de la culture moderne du travail et le deuxième groupe est plus attaché aux valeurs traditionnelles du travail. L'âge et l'ancienneté sont des facteurs à nouveau prédominants dans ces différences de visions, notamment.

• Je remarque également que les personnes ont toutes évoqué des problèmes de santé physiques, certains présents depuis de nombreuses années. Tous les travailleurs, sauf une, ont exprimé durant tous les entretiens et les différents thèmes abordés, davantage de contraintes que de ressources dans leur vécu professionnel. On peut donc faire le lien suivant: leur mal-être plus ou moins tempéré selon les personnes, a une influence significative sur leurs manifestations physiques, le psychologique s'exprimant par le physique.

• Je relève un assez faible taux d'absentéisme selon leurs discours. Ce qui pourrait rejoindre la thèse évoquée dans la problématique, celle du «présentéisme». Les personnes tendent à venir travailler, même lorsqu'elles ne se sentent pas aptes physiquement et/ou mentalement... Ce discours est relevé par la majorité des personnes interviewées.

• Je découvre, pour ce qui concerne l'organisation formelle et informelle, que l'individu influence de manière significative la santé du groupe et vice versa. Je constate en effet, que les relations qu'elles soient liées à l'autorité ou au groupe de collègues sont, d'ordre général, assez limitées. Le chacun pour soi paraît être, selon les dires de plusieurs personnes, la solution au maintien de la santé et de l'équilibre. Un groupe qui dysfonctionne est moins productif, car les personnes le constituent, utilisent beaucoup de leur énergie soit pour se placer en tant que «persécuteurs», ou en tant que «victimes». D'après ce qui précède, je discerne toute l'imbrication des différents éléments: l'individu influence le groupe et ce dernier révèle l'état de santé de l'entreprise en terme psychosocial plutôt qu'économique. Un dysfonctionnement important, de plusieurs groupes de travail peut mener l'entreprise vers une diminution de sa productivité se soldant par une perte de gain plus ou moins significative, notable sur son bilan annuel.

L'individu, l'employé est l'acteur principal pour le maintien de sa santé. Il est au cœur de l'activité, de la vie de l'entreprise; il voit, il vit, il éprouve, il pressent, etc... Il représente pour le professionnel de la santé la clé de

voûte de l'édifice de la promotion et de la prévention de la santé. Sans lui, sans l'expression de son vécu, l'infirmière seule ne peut optimaliser l'offre en soins et proposer des actions qui répondent de manière adaptée aux attentes des personnes, d'une population donnée. La collaboration est nécessaire. L'infirmière a beaucoup de travail, elle est seule, comme beaucoup de personnes l'ont fait remarquer. Il importe donc de faire un travail en partenariat.

Pour les personnes intéressées, je leur propose de prendre connaissance de mon travail de recherche. Elles pourront y découvrir notamment une mise en évidence des actions que l'infirmière d'entreprise met en place pour tenter de répondre aux besoins exprimés et les perspectives de cette étude. ■

«Sans travail toute vie pourrit. Mais sous un travail sans âme, la vie étouffe et meurt.»

Albert Camus

*Emmanuelle Hehlen,
(diplômée automne 2000)*

Note: les références de cet article figurent dans mon travail de recherche, puisqu'il en est directement inspiré.

Erratum

Concerne le journal n° 1 2001

«Santé au travail»

Madame Marianne Sereda a largement contribué à la rédaction du dossier «Santé au travail» et nous voudrions apporter quelques précisions importantes concernant ses activités professionnelles.

Madame Sereda est présidente de l'Association suisse des infirmières de santé au travail (ASIST), dont les membres se réunissent à Genève quatre fois par an, pour suivre des sessions de formation continue, organisées par l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (l'OCIRT).

Madame Sereda est également observatrice d'un pays non-européen à la Federation of occupational nurses within the european union (FOHNEU).

La rédaction

Pour tout renseignement complémentaire

Marianne Sereda

Ecole La Source • Avenue Vinet 30 • CH-1004 Lausanne • Tél. +41 21 641 38 40
Fax. +41 21 641 38 38 • E-mail m.sereda@ecolelasource.ch • www.ecolelasource.ch

Formation post-diplôme en santé communautaire (PRISC)

Projet de «carnet de Vie pour enfant handicapé».

Comment améliorer la transmission des informations entre le milieu de vie et le milieu hospitalier (pour l'enfant handicapé)?

Travaillant actuellement comme infirmière à l'Hôpital Orthopédique en pédiatrie, je poursuis en parallèle une formation en Santé Communautaire à l'Ecole la Source.

Le but de ma formation en Santé Communautaire est en premier lieu d'apprendre à être à l'écoute de la communauté que je soigne et d'essayer, avec cette dernière, de réfléchir sur la manière d'améliorer ou de maintenir la santé de ses membres (cf. la Déclaration de Jakarta sur la Santé Communautaire dont les objectifs sont entre autres de: «renforcer et élargir le partenariat pour la santé» et d'«accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir»). Dans le cadre de cette formation, je dois proposer un projet de santé communautaire en lien avec ma pratique.

A l'hôpital, la question d'une amélioration des transmissions d'informations entre le milieu de vie et le milieu hospitalier pour l'enfant handicapé (plutôt un enfant polyhandicapé ou IMC) s'est souvent posée. En effet, lorsque l'enfant ne s'exprime pas ou peu, il nous est difficile de comprendre ses besoins et d'évaluer son degré d'autonomie. Les parents ou accompagnants jouent alors un rôle fondamental pour nous permettre de mieux soigner l'enfant. Mais comment avoir toutes ces informations, lorsque ces derniers ne sont pas ou peu présents durant l'hospitalisation?

Comment éviter de poser, à de multiples reprises, les mêmes questions aux parents qui ne cessent de devoir répéter les mêmes informations? Comment améliorer la prise en charge de ces enfants?

Très vite une idée a germé dans l'équipe infirmière de pédiatrie: faire une sorte de «carnet de transmission» qui appartiendrait à l'enfant. Cependant pour en faire un projet de santé communautaire, il nous manquait l'avis et la participation en premier lieu des parents et également des autres professionnels travaillant auprès de ces enfants.

L'objectif serait de permettre à l'enfant de vivre un changement de milieu de manière plus harmonieuse, et de conserver ses acquis, en améliorant la transmission des informations le concernant.

J'ai pris contact avec l'Association des Parents de la Ligue Vaudoise en faveur des Infirme Moteurs Cérébraux (Cérébral) pour savoir si elle était intéressée à participer à ce projet et s'il correspondait à un besoin réel.

Madame Favez, présidente, m'a répondu très favorablement et j'ai organisé, grâce à son aide, une rencontre avec des parents intéressés (7 y ont participé), 2 éducateurs spécialisés, Nicolas Dériaz: médecin assistant de l'Unité de Réhabilitation, Christine Vuilleumier: infirmière de liaison de cette Unité, ainsi qu'une infirmière-assistante de la pédiatrie de l'Hôpital Orthopédique.

Cette rencontre a permis un échange concernant les difficultés et les limites de chacun lors de l'hospitalisation de l'enfant, ce qui est important pour mieux comprendre tant certaines réactions des parents pour nous professionnels (parfois une certaine lassitude face aux difficultés rencontrées) que d'expliquer l'attitude de certains professionnels pour les parents (difficultés administratives, peur de la différence,...).

Cette rencontre a mis également en évidence l'utilité d'un «carnet de transmission d'informations».

Ce carnet devrait faciliter la prise en charge de l'enfant non seulement en cas d'hospitalisation, mais également lors d'un départ en camp, d'un changement de classe,... ou encore, en cas d'accident nécessitant une prise en charge urgente. S'il est correctement rempli, il permettrait également, de tranquilliser les parents qui pourraient s'appuyer sur celui-ci. La discussion a mis en évidence d'autres questions et problèmes soulevés par l'hospitalisation, comme:

- Le manque de personnel, ce qui oblige les parents à prendre en charge leur enfant hospitalisé (pour le nourrir, le distraire...). Comment font-ils pour s'occuper de leurs autres enfants? Doivent-ils payer quelqu'un pour donner à manger à leur enfant à l'hôpital?
- Que font les enfants handicapés hospitalisés, lorsque les parents ne sont pas là pour s'en occuper? (ils n'ont pas le droit d'aller à la garderie du CHUV non accompagnés).
- Une certaine méconnaissance de l'enfant handicapé tant de la part du personnel infirmier que des médecins.
- Qui prend en charge la personne IMC de plus de 18 ans?
- Les parents n'ont pas le droit de rester la nuit à l'Hôpital Ophthalmique et si exceptionnellement, ils restent, ils ne disposent que d'une chaise pour passer la nuit.
- Les parents aimeraient pouvoir visiter le service où l'enfant sera suivi avant l'hospitalisation prévue (ceci est déjà pratique courante à l'Hôpital Orthopédique).





Suite à notre rencontre, j'ai présenté ces problèmes à Madame Bluteau, la responsable des «Besoins spéciaux de la petite enfance» de Pro Infirmis (Association Sociale qui se charge de la défense des intérêts des personnes handicapées). Elle a reconnu ces problèmes comme extrêmement importants, mais n'y voit actuellement qu'une seule solution: l'envoi, par les parents, d'une lettre énumérant tous les problèmes rencontrés aux responsables des hôpitaux, notamment au Professeur Fanconi, le nouveau responsable de la pédiatrie du CHUV. Il pourrait ainsi être davantage sensibilisé aux difficultés rencontrées lors de l'hospitalisation des enfants handicapés.

La priorité, pour une question de temps disponible, a été donnée plus spécifiquement au carnet de transmission d'informations. Nous nous sommes réunis une 2^e fois pour travailler sur son contenu et sa forme. De cette rencontre est né un prototype appelé pour le moment «carnet de vie». Le titre n'est pas définitif, mais a pour but de le différencier d'un «carnet de santé» qui ne contient a priori presque que des informations médicales, alors que celui-ci parle également de la vie quotidienne de l'enfant (ce qu'il aime faire, comment il communique, comment il mange).

Ce carnet, qui a déjà été modifié à deux reprises est actuellement testé par les parents qui ont participé à son élaboration et a été présenté à différents partenaires: pédiatres, infirmières, éducateurs d'institutions diverses où sont scolarisés les enfants (l'Espérance, La Fondation Delafontaine, la Cassagne, les Buissonnets, la Fondation de Perceval,...), à la Commission de Prévention de l'Ouest Lémanique, à Pro Infirmis, à l'AVPHM,...

Il a reçu, jusqu'à présent, un écho extrêmement favorable et nous attendons encore quelques remarques et critiques de certains partenaires.

Lors de notre dernière rencontre du 15 mai, Madame Favez a suggéré que nous proposions ce carnet, non seulement pour des enfants polyhandicapés, mais de le rendre disponible pour tous les enfants présentant un handicap (surdité, troubles du comportement,...). Pour cela, elle a proposé d'envoyer un exemplaire du carnet de vie, avec une note explicative à toutes les Institutions et Associations du canton s'occupant des enfants handicapés, en fixant une date de rencontre vers fin septembre pour qu'on puisse dresser un premier bilan. C'est la Ligue qui se chargera de faire les envois et invitations.

Ce carnet suscite jusqu'à présent des réactions très positives, tant de la part des parents que des professionnels concernés.

Il semble répondre à un besoin réel et beaucoup de parents m'ont dit qu'il se sentaient rassurés de savoir leur enfant en possession d'un tel document. Les professionnels, de leur côté, estiment qu'il pourrait simplifier leur travail.

Il s'agit maintenant d'évaluer la possibilité d'en faire un outil utilisable pour d'autres handicaps, ce qui faciliterait sa reconnaissance officielle et en garantirait une meilleure diffusion. Nous le saurons lors de la réunion de septembre. Une recherche de fonds sera nécessaire pour financer sa mise en page et son impression. Chacun de nous a un rôle important dans la promotion, le suivi et l'évolution de ce carnet. Les professionnels interviennent aussi dans la diffusion de celui-ci. S'il convient à une majorité de personnes, il faudra le faire valider soit par la Société des Pédiatres, soit par différents Groupements de travail (sur l'enfant handicapé et sa prise en charge) mandatés par l'Etat, afin que toute personne puisse y avoir accès ou le reçoive automatiquement.

Ce carnet est en devenir. C'est un projet qui mobilise tant les parents que les professionnels et qui, je l'espère va permettre une amélioration de la qualité de vie de l'enfant handicapé.

Ce projet élaboré par une infirmière en formation montre que chacun d'entre nous peut être acteur d'un changement. ■

Isabel Sangra Bron

Erratum

Une erreur s'est glissée dans l'article sur le thème des dispositifs de retenue pour enfants du n°2/2001.
En effet, l'adresse e-mail de Mme Schusselé Filliettaz est la suivante: severine.schussele-filliettaz@imsp.unige.ch

Diplôme Hautes Etudes des Pratiques Sociales (DHEPS)

Culture et Santé. Recherche et utilisations des savoirs anthropologiques.

Comprendre la population haïtienne des campagnes pour une planification d'actions plus juste



est le titre du travail de recherche réalisé dans le cadre du D.H.E.P.S. à l'université Marc Bloch de Strasbourg. Cette recherche s'inscrit dans une anthropologie appliquée au domaine de la santé publique internationale. Constitué à partir d'une rencontre entre un

champ de recherches et de méthodes en sciences sociales (l'anthropologie) et un domaine d'applications pratiques (la santé communautaire), ce travail soutient l'idée qu'une étude des facteurs socioculturels qui influencent la santé d'une population est indispensable avant toute démarche de santé communautaire. Ces derniers servent à une élaboration théorique et conceptuelle, axée sur les notions de Santé, Culture et Société, dont la conclusion situe l'interdisciplinarité comme un lieu d'échanges et de réflexions favorable et incontournable dans le champ de la santé communautaire internationale.

L'anthropologie de la santé, sous-discipline essentiellement nord-américaine, est présentée comme un champ de recherche qui facilite la production d'un savoir scientifique utile aux planificateurs et aux acteurs de santé exerçant dans une dynamique de développement international.

L'ensemble de cette recherche comprend une présentation des données de terrain obtenues après deux passages successifs dans certaines campagnes haïtiennes. Sept mois de terrain et plusieurs techniques de collectes de données ont permis d'identifier de multiples éléments relatifs aux représentations de la santé, de la maladie, du corps et de la mort. Ces quatre concepts, intimement liés dans le quotidien de chacun, doivent nous aider à saisir un ensemble de pratiques et de pensées spécifiques à la société des campagnes, et différentes de celles des acteurs de santé occidentaux. L'évidence d'une modélisation culturelle des savoirs populaires relatifs à la santé et à la maladie, questionne la nature, les contenus et les orientations des actions de santé planifiées par les organismes de santé internationaux.

La religion Vaudou et certaines de ses dimensions correspondent à une seconde direction de recherche. Culte religieux, cadre festif, lieu juridique et espace thérapeutique, le Vaudou est étudié de l'intérieur, à partir d'observations et d'entretiens. Il est question d'entrouvrir le champ d'une réflexion, portée sur l'importance de ce culte dans les campagnes haïtiennes, sur son utilisation, ses méfaits et ses bienfaits en termes d'amélioration de la qualité de vie quotidienne.

Enfin, cette recherche aboutit à une présentation de la médecine traditionnelle en Haïti et à un plan d'actions pratiques. Sous la forme objectifs-contenus évaluations, ces propositions empruntent les voies d'une reconnaissance de la médecine traditionnelle en Haïti, sans pourtant envisager sa complémentarité avec la médecine cosmopolite savante. Conjointes

à cette première utilisation des savoirs anthropologiques, nous présentons des propositions concrètes dont l'objectif est de rendre plus efficaces les modes de participation communautaire. A partir de plusieurs dispositions psychologiques et sociales, comme le fatalisme, la sous-estime de soi, le manque de prise de parole et d'autres, nous présentons un ensemble d'actions pour accompagner les projets de santé qui intègrent les dimensions de participation communautaire.

Au terme de cette recherche, nous avons demandé à Raymond Massé, chercheur et professeur canadien de faire partie du jury de soutenance. Spécialisé en anthropologie de la santé et première référence bibliographique de notre approche, ce chercheur était ensuite sollicité pour une poursuite d'étude à l'étranger.



En acceptant la direction d'un doctorat en anthropologie de la santé, ce professeur nous a permis de valider le D.H.E.P.S. et notre travail de recherche au sein du département d'anthropologie de l'université Laval à Québec. Il était convenu qu'une année de formation en anthropologie devait servir de préalable à une inscription en doctorat.

La thématique de cette nouvelle recherche s'appuie sur l'ensemble des connaissances déjà obtenues dans les populations haïtiennes des campagnes. Il s'agit cette fois de questionner les savoirs populaires relatifs à la santé et à la maladie, quand ces derniers rencontrent les savoirs biomédicaux véhiculés par les institutions ou professionnels de santé biomédicaux. C'est au sein d'une construction théorique qui articule une pluralité des savoirs reliés à la maladie, le processus de «créolisation», les phénomènes d'acculturation et la bio médecine, que se constituera l'étude.

L'objectif est de présenter un travail de recherche qui devra nous éclairer sur les conséquences d'une rencontre entre savoirs différents dans un monde créole haïtien (savoirs populaires et savoirs savants) et sur la façon dont cette rencontre se réalise (contexte de développement et pratique de santé communautaire).

Orientée vers une anthropologie médicale critique, notre recherche nous conduira vers une discussion au sujet des bienfaits, des méfaits et des intérêts de telles rencontres. ■

Diplôme soutenu devant l'université
Marc Bloch le 14 mars 2000:

«Culture et Santé. Recherche et utilisations des savoirs anthropologiques. Comprendre la population haïtienne des campagnes pour une planification d'actions plus juste».

Diplôme des Hautes Etudes
des Pratiques Sociales option
«Pratiques de développement social, santé
communautaire».



Nicolas Vonarx/nov.2000

Communiqué

vient de paraître aux éditions
Médecine et Hygiène

Dialoguer pour soigner Les pratiques et les droits

Dr Jean Martin
médecin cantonal

Sommaire

Préface

La pratique de la médecine et des soins a connu de grands changements à la fin du 20^e siècle, notamment dans les rapports entre patients et soignants. Un accent marqué est porté sur l'autonomie du patient et sur son consentement libre et éclairé, préalable nécessaire aux démarches d'investigation ou de traitement (sauf urgence). La relation thérapeutique est appelée à devenir un partenariat.

Nous sommes entrés dans une ère de maladies chroniques et donc de prises en charge de longue durée, pour lesquelles il importe de promouvoir la participation active du malade. Pour répondre aux besoins des personnes venues d'ailleurs, comme aussi de celles qui ont des modes de vie différents, les professionnels de santé doivent avoir une capacité d'écoute et une sensibilité transculturelle aiguisée.

Droit et médecine ont vu leurs interfaces augmenter, le secret médical et les circonstances dans lesquelles le professionnel en est délié sont à cet égard un sujet tout à fait important. Au plan général, l'évolution est marquée par la reconnaissance de l'importance du respect des droits de l'homme, en matière de soins aussi.

De lourdes questions se posent aux malades, à leurs proches et aux soignants autour de la fin de vie. Dans les débats très actuels à ce sujet, les critères principaux doivent être le respect de la dignité des personnes, leur libre détermination, la valorisation des aspects relationnels, la réflexion sur le sens de nos efforts, l'acceptation enfin de la finitude humaine.

Première partie

La relation soigné – soignant – Dimensions actuelles

- Le patient de demain et ses relations avec les professionnels de santé
- La médecine, c'est communiquer – De l'importance de parler avec le patient, même à propos de questions peu agréables
- Dialoguer et prendre soin des personnes venues d'ailleurs – Situations et sensibilité interculturelles
- Publicité et médiatisation dans la pratique médicale et en santé publique – Considérer attentivement risques et avantages.

Deuxième partie

Déontologie et médecine légale

- Secret médical – Quelle attitude du praticien quand des instances ou personnes extérieures demandent des renseignements à propos d'un patient?
- Rapports avec les proches légaux et sociaux des patients, notamment en cas de maladie grave et en fin de vie
- L'adolescent et la loi
- Consentement éclairé. A propos du rôle de la famille dans les décisions liées aux soins
- Quand il s'agit d'apprécier, d'arbitrer, de conseiller
- Peut-on se passer d'une morale professionnelle en médecine?

Troisième partie

Aspects éthiques et légaux des soins en fin de vie

- Démence et alimentation en fin de vie – Comment faire juste?
- La médicalisation indue – Illustration par la gériatrie d'une problématique générale
- Le médecin confronté à l'autonomie du patient
- Venir mourir à l'hôpital – à propos de la problématique EXIT
- La mort, le mourir – Enjeux actuels autour de la fin de vie
- Vivre la mort, annoncée ou non-soins palliatifs et débriefing

Quatrième partie

Ethique, santé publique et droits de l'homme

- La problématique des droits de l'homme en matière de santé et de soins
- La bioéthique au carrefour des avancées de la science et de cadres de référence socio-culturels différents
- Quand l'idéologie empêche la prévention de la violence
- Médecine et société dans l'avenir – Questions du sens et fragmentation sociale
- A propos des enjeux scientifiques et humains actuels – Réflexions sur l'anthropocentrisme
- La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui

Chapuis **STORES**

**STORES EN
TOUS GENRES**
Avenue de France 48
1004 Lausanne

Pose
Réparations
Entretien
Tous travaux sur mesure
Stores toiles - à lamelles
à lames verticales
Volets à rouleaux - contrevents
Moustiquaires - Parasols
Tél. 021/625 61 81
Fax 021/625 69 36
E-mail: chapuisstores@bluewin.ch
Internet: www.chapuisstores.ch

RABAIS de 5% pour les lecteurs

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

NIVOACTIV
(Création Suisse)

Bureau complet
avec caisson
(sans siège)
Fr. 1345.-
(livraison, montage
Fr. 60.-)




GAVILLI SPACE-BUREAU SA

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

Documentation et devis sans engagement
Planning DAO gratuit • Conditions sans concurrence
Grande exposition de mobilier de bureau, sièges et luminaires (neuf ou occasion)



BIEN SOIGNÉS...

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

MENUISERIE STREHL S.A.

Rue du Maupas 8bis
1004 Lausanne
Tél. 648 58 48

menuiserie
ébénisterie
agencements
entretien d'immeubles

CAUDERAY 

Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

Dépannage 24/24h – 021/312 12 34



LAUSANNE
Escaliers du Grand-Pont 4
Tél. 021/311 31 51
Fax 021/312 04 14

L'expérience du futur

Association

Responsable de la rubrique: Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl

Assemblée générale

Lors de notre assemblée générale, du 17 mai 2001, nous avons procédé à la réélection de notre présidente, Mme H. Muller et à celle de Mme D. Caillat, qui voient ainsi leur mandat reconduit pour les quatre prochaines années.

A cette occasion, le Dr. Claude Willa, président de la Fondation, nous a donné un aperçu de ce que serait la Chapelle de l'Ecole, après les travaux de transformation.

Afin de la rendre plus accessible à tous, une voie d'accès extérieure directe, a été aménagée. Une conception architecturale «œcuménique» a été souhaitée, dans le but d'accueillir des personnes de toute confession. Une voute a été aménagée sur laquelle figurent des symboles illustrant les différentes religions et le sol est en pierre de Jérusalem.

Ce lieu de recueillement sera illuminé par un vitrail représentant un arbre de vie. Sa réalisation est rendue possible grâce au don généreux d'une sourcienne anonyme.

Les membres, présents à l'assemblée générale, ont voté la somme de 15'000 francs allouée à la transformation de la chapelle.

Notre présidente nous a rappelé que notre association fête ses 95 ans d'existence. Elle remercie tous ses membres pour leur fidélité.

Nous avons ensuite suivi l'exposé, agrémenté de diapositives, d'Alix Girardet, étudiante terminant sa formation. Elle nous a présenté son vécu lors d'un stage dans un hôpital pédiatrique au Vietnam. Merci à elle, qui par son élocution parfaite, a su retenir toute notre attention et notre intérêt pour une vision des soins tellement différente de la nôtre.

Communiqués

Chaque présidente de groupe est priée d'envoyer à Mme H. Muller, pour le début septembre, ses dates de fête de Noël. Merci.

Le traditionnel voyage se fera cette année dans les Vosges du mardi 11 au vendredi 14 septembre.

Nous visiterons en passant la chapelle Notre Dame de Ronchamp, construite par Le Corbusier, nous logerons à Epinal où le passage par le musée d'imagerie s'impose. A Nancy, nous effectuerons un tour de ville en petit train touristique.

Nous continuerons par Gérardmer et la promenade sur le lac, visite chez un sabotier... Nous rentrerons par le Ballon d'Alsace et Belfort.

Un programme qui donne l'eau à la bouche. Son prix est de 660 francs environ.

Alors, n'hésitez plus et inscrivez-vous auprès de votre présidente Mme. H. Muller.

Tél: 021/963 60 77.

La communication

En entrant dans ce troisième millénaire
Saurons-nous communiquer de meilleure manière?
A la mode des entreprises et institutions
Se dotant de «chargés de communication»
Qui utilisent leurs facultés intellectuelles
Pour créer des liens dans un monde virtuel
Nous annihilons nos cinq sens d'origine,
Oublant l'essence même de l'homme, pour des machines
Il est vrai que pour silloner la planète
Rien n'est encore égal au système INTERNET
Actuellement, de vrai «manias» en ordinateurs
Sont prêts à leur faire diffuser des odeurs!
Peut-être qu'un jour nous pourrons lécher nos écrans
Et y découvrir quelques goûts appétissants!
Mais voilà, c'est toujours l'homme qui gère la machine
Et pour la maintenir à la mode, il s'échine.
Avec l'âge, l'homme et la machine s'épuisent
Le concepteur veut garder sur elle la maîtrise.
Dans son ambition d'être toujours précurseur,
il perd son essence profonde, celle du coeur.

H. Muller

Suite à la lettre de Manille.

Un petit mot concernant Joker (voir le n°1 2001 du journal). Il est maintenant dans un centre pour garçons où il continue les changements de vie annoncés, le tout de façon positive.

Et toujours Manille...

Lors d'une séance du comité central de l'association, j'avais demandé qu'une aide ponctuelle soit accordée à ce foyer de Manille. Un don de 500 francs lui avait été octroyé.

J'aimerais vous faire part ici de quelques extraits de la lettre de remerciements que j'ai reçue.

Chères Amies,

C'est avec joie et reconnaissance que je m'adresse à vous dans cette lettre. Nous avons reçu 500 francs de votre groupe qui nous aidera dans notre travail auprès de jeunes filles philippines démunies.

Je ne sais pas si vous savez exactement le but de notre mission ici.

Je voudrais vous dire en deux mots pourquoi ces jeunes vivent avec nous.

Nous avons fondé cette mission à Manille, il y a bientôt trois ans, dans le but de connaître, d'aider, de protéger des jeunes filles âgées de 14 à 21 ans.

La pauvreté pousse beaucoup de familles à envoyer leurs filles travailler comme servante dans des familles riches, dès l'âge de 12 - 13 ans.

Les recruteurs ne disent pas souvent la vérité aux parents et ainsi beaucoup de jeunes filles se retrouvent dans des bars, vendant leurs corps, se prostituant.

Beaucoup d'entre elles aussi s'enfuient de la maison suite à un abus sexuel commis par un proche (père, frère, oncle etc.). En arrivant dans la rue, elles sont très vite repérées par des proxénètes qui les font entrer dans le cercle infernal de la prostitution, de la drogue, puis de la prison.

Dès notre arrivée aux Philippines nous avons été introduites par des assistants sociaux dans le milieu des enfants des rues, des enfants en prison et des jeunes prostituées.

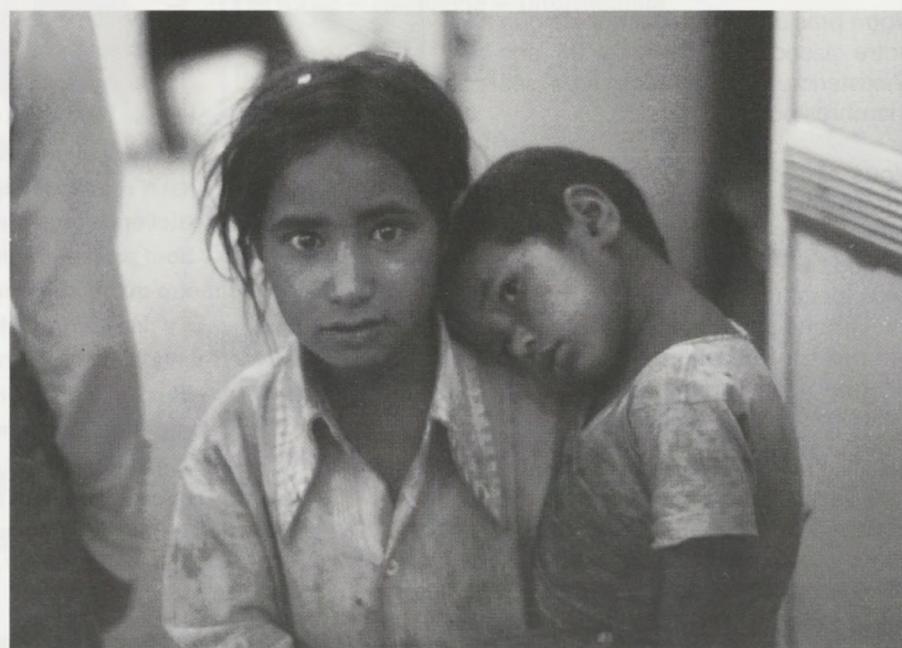
Notre présence a permis de construire une relation de confiance avec certains d'entre eux.

Au bout de trois ans nous avons pu ouvrir une maison et accueillir dix jeunes filles de toute religion et de toute situation. Et aujourd'hui nous sommes bien établies, et connues des autorités.

Les filles sont retournées à l'école et déjà trois d'entre elles ont fini leurs études. Elles sont en train de chercher du travail, ce qui leur permettrait une forme d'indépendance. Toutes désirent continuer ensuite des études, afin d'obtenir d'autres diplômes.

Nous les aidons financièrement en assumant le matériel, le coût de certaines écoles privées, bref ce dont elles ont besoin pour progresser. Mais la plus grande aide reste l'accompagnement personnel. Elles ont été abusées, exploitées, et humiliées c'est leur être tout entier qui a été touché et blessé. Nous voyons déjà des miracles, car si elles arrivent à retrouver une paix intérieure, elles apprennent comment gérer les difficultés.

6



Ainsi plus tard, elles seront capables d'être indépendantes, responsables et heureuses.

C'est le but de ce foyer, que nous appelons «École de Vie».

Nous considérons la personne en entier, avec son corps, son psychisme, et son âme.

Nous ne voulons pas séparer ces trois éléments, car ensemble ils feront d'elles des adultes responsables, capables de bonheur.

Dès qu'elles peuvent s'assumer seules, nous les préparons et les aidons financièrement et moralement à trouver un logement et un travail. Mais le lien ne se coupe jamais entre nous, elles peuvent revenir ici, quand elles le désirent. Nous restons pour elles une grande famille.

Un très grand merci au nom de toutes les jeunes filles qui vont bénéficier de votre générosité.

Nous vous tiendrons régulièrement au courant de l'évolution des jeunes filles et de notre mission. ■

Avec reconnaissance:
Sr Edith-Miryam.

Marie-Claude Siegfried

Nouvelles adresses

Isabelle Badel
Résidence Chatel-Sud D
1618 Chatel-St-Denis

Sylvie Gaille
Le Kikajon
2027 Fresens

Anouchka Palmerini
Rue de la Borde 11
1018 Lausanne

Denise Cathelaz
Au Petit Midi
Crebelley
1845 Nyon

Claire Di Bartolo
Evole 33
2000 Neuchâtel

Françoise Thibault-Robellaz
Chemin de la Robellaz 20
1040 Echallens

Rosette Tschanz-Chevalier
Hessstr. 10
3097 Liebefeld

Nadine Babaiantz-Kaenzig
Av. du Mail 6
2000 Neuchâtel

Isabelle Coronado-Mayor
Av. de Lonay 27
1110 Morges

Silvia Teriaca
Chemin de Boisy 49
1004 Lausanne

Lyse Galfetti
Le Pâquis
1064 St-Cierge

Nelly Mercier
Home Clair-Soleil
Route de la Pierre
1024 Ecublens

Stefania Piscitelli
Ch. des Aubépines 4B
1004 Lausanne

Qui peut prévoir l'avenir ?

Allô, la VAUDOISE ?

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

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

Pour assurer l'avenir.

Siège social: Place de Milan
1001 Lausanne

www.vaudoise.ch

 **VAUDOISE**
ASSURANCES

Téléphonez, c'est réglé !



Mariages

Mélanie Pitteloud (étudiante cycle 4) et Jean-Jérôme Pin, se sont mariés le 7 avril 2001.

Emmanuelle Debeir (étudiante cycle 4) et Nicolas Charrière, se marieront le 8 septembre 2001 à Lausanne.

Patrizia Cipolat (volée mars 1990) et Konstantin Stefano, se marieront le 22 septembre 2001 à Kerzers.

Tous nos vœux de bonheur les accompagnent.

Anniversaire

JOYEUX ANNIVERSAIRE!

Nos vœux sincères et chaleureux
au Dr. Jean-David Buffat qui fête le 28 juin 2001
son 90^e anniversaire.

Le Dr. J. D. Buffat a été président
de la Fondation de 1955 à 1984.
Il est actuellement président d'honneur.

Naissance

7

Athéa, née le 25 mai 2001 à la clinique de La Source, fille d'Alexia Stantzos (diplômée mars 1999) et de David Curchod.

Félicitations aux heureux parents.

Décès

Blanche-Marguerite Corthesy-Berdoz (volée 1927) décédée le 15 mai 2001.

Lydia Hugi (volée 1934) décédée le 31 mai 2001.

Dory Jordan-Bigler (volée 1952) décédée le 2 juin 2001 à Zollikofen

Toute notre sympathie aux familles dans le deuil.



Rédaction

Journal de La Source

Groupe de rédaction:

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

Responsables de la parution:

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

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

Abonnement:

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

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

La Source

Ecole romande de soins infirmiers de la Croix-Rouge suisse

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

Directrice: Christiane Augsburger

Clinique

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

Directeur général:

Michel R. Walther

Directeur des Soins Infirmiers:

Pierre Weissenbach

Association des infirmières

Présidente:

Huguette Müller-Vernier, Flormont 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

EDITIONS OUVERTURE

DERNIÈRES PARUTIONS

Diffusion Ouverture

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



TROIS NOUVELLES PLAQUETTES

Au bout de l'angoisse «L'angoisse, c'est comme une griffe qui nous serre le cœur; comme un chien qui nous mord, à qui l'on dit,

avec des mots doux ou durs: «arrête!»
Mais il n'arrête pas.»

DANIEL MURSET

JEAN-DANIEL NORDMANN
FACE À L'AURORE
JOURNAL 1999-2000

«Aurore, lumière en espérance. Tout est ouverture.
Ouverture aussi que la parole humaine.
La parole ne demeure ouverture qu'habituée par le feu du sens,
toujours insaisissable. A vouloir saisir le feu, à chercher la réponse définitive et indiscutable aux interrogations les plus brûlantes, on ne trouve que «solutions» où la question est effectivement dissoute. Les réponses existent, les certitudes aussi; marquées cependant au fer de l'humilité qui les forgera en interrogations nouvelles. Seule est mortelle la fermeture.» JEAN-DANIEL NORDMANN

Sur le fil de la violence
«Un enfant violenté, c'est une perte pour l'humanité.» ANDRÉE RUFFO

Un chemin pour renaitre. Le pardon
Voulez-vous être heureux un instant?
Venez-vous!
Voulez-vous être heureux toujours?
Pardonnez!

HENRI LARCORDAIRE

1-9 ex. 6.– l'ex. 10-99 ex. 5.– l'ex. 100-499 ex. 4.50 l'ex.

500-999 ex. 4.– l'ex. 1000 ex. 3.50 l'ex.

Les rabais de quantité sont accordés même si les titres sont mélangés.

260 pages, Fr. 29.50

Cagna
FLEURS

ELVIRA MEYLAN-SAILLE

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



Livrasons à domicile

Service Fleurop-Interflora dans le monde entier

Nos fleurs sont également en vente à la Clinique
La Source

Développement social,
pratiques de santé communautaire
et recherche-action

Le DHEPS ouvre la voie

Diplôme des Hautes Etudes
des Pratiques Sociales

Ce diplôme est né sous l'égide de l'Université Marc Bloch des Sciences Humaines de Strasbourg, de l'Ecole La Source, Ecole romande de soins infirmiers de la Croix-Rouge suisse et du CEFODE, Coopération et Formation au Développement.

Formation sur 3 ans en alternance

1'080 heures réparties en séminaires, sessions intensives et en travaux personnels menés sous la responsabilité d'un directeur de recherche et d'un conseiller pédagogique.

Ouverture sur l'avenir

Le DHEPS, option «Développement social, pratiques de santé communautaire et recherche-action», est un diplôme de 2^e cycle (niveau maîtrise) qui donne accès au 3^e cycle universitaire (DEA, DESS, Doctorat).



Conditions d'admission:

- Pas de diplôme académique exigé;
- 5 ans de pratique professionnelle dans les secteurs de la santé et du travail social;
- Présenter un projet de recherche en relation avec sa propre expérience;
- Etre accepté par le Conseil scientifique composé d'universitaires et d'experts professionnels.

Informations complémentaires, dossier d'inscription:
contactez M. Michel Fontaine,
responsable formation DHEPS, Docteur en Sciences sociales.

Secrétariat DHEPS / Tél. ++41(21) 641 38 35
Fax ++41(21) 641 38 38 / E-mail: dheps@ecolelasource.ch



Ecole La Source - Avenue Vinet 30 - 1004 Lausanne (Suisse) - www.lasource.ch



Réseau multinational de recherche et de réflexion à partir de la

PRAtique Quotidienne
des Soins Infirmiers

Organise son sixième
COLLOQUE INTERNATIONAL
à Genève
les 17 - 18 - 19 octobre 2001
sur le thème

Nous pouvons tous
agir dans une
perspective soignante

- qu'est-ce qui dépend de nous
qu'est-ce qui n'en dépend pas? -

Exposés et débats menés
par des étudiants,
des soignants, des enseignants
et des cadres venus
des différents pays
qui composent
le Réseau PRAQSI

Prix d'inscription:
Membres: Sfr. 300.-
Non-Membres: Sfr. 385.-
Etudiants: Sfr. 125.-

Pour tout renseignement:

Secrétariat International PRAQSI
Ecole La Source
Avenue Vinet 30
1004 LAUSANNE
Tél. 021/641.38.35
E-mail: w.hesbeen@ecolelasource.ch