

paroles d'étudiants





éditorial

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

nouvelles de l'école

suite de la journée Source du 5 octobre 2004 à Lausanne	4
une rédaction à « deux têtes » !	9
bienvenue à Anne-Claude Allin !	9
le comité se retrouve orphelin de deux de ses membres	10

nouvelles de l'institut

certificat « éthiques et sociétés »	13
-------------------------------------	----

nouvelles de la clinique

le tumor board de la Source	14
-----------------------------	----

dossier: paroles d'étudiants

la prévention de l'épuisement professionnel des infirmières d'un service d'urgences...	15
l'enseignement thérapeutique	20
accompagnement des personnes âgées dans la démarche de déménagement en EMS	23
gestion des absences: aller au-delà des chiffres	28

association

dates incontournables...	32
--------------------------	----

faire-part

hommage à Marie-Françoise Collière	34
décès, naissances	34
nouvelles adresses	35

Impression et composition: Atelier Grand SA, 1052 Le Mont
Maquette: Emmanuel Siegfried

paroles d'étudiants

Dans ce premier numéro de l'année 2005, nous donnons la parole aux étudiants.

C'est notre manière à nous de renouer avec la spontanéité, le dynamisme qui peuvent parfois être malmenés au cours de notre carrière professionnelle. Car comme le souligne si bien Olivier Reboul¹ « *Apprendre vraiment, c'est toujours désapprendre pour rompre avec ce qui nous bloque, nous enferme et nous aliène. Pour rester jeune.* »

Etudier peut être décliné ainsi: cheminer, découvrir, apprendre, chercher, tâtonner, se tromper, faire fausse route, concevoir, s'engager, se confronter, argumenter, se positionner, agir, critiquer, se projeter... Etre étudiant c'est faire preuve de curiosité, se mettre en quête de..., se découvrir, s'étudier, s'interroger, communiquer, entrer en relation...

Envisager une formation qui traite de l'humain suscite parfois quelques souffrances, des sacrifices ; toutefois le plaisir devrait être omniprésent tout au long et bien au-delà de la formation.

La formation en santé consiste en cela et en bien d'autres choses que l'on appréhende tout au long de son parcours que l'on soit professionnel de la santé en devenir ou professionnel déjà confirmé soucieux de se perfectionner.

Se former consiste à s'aventurer dans un long voyage fait de découvertes, de rencontres extraordinaires mais aussi d'embûches. Périple conséquent où d'escale en escale on s'interroge sur autrui et soi-même, on s'ingénie à briser ses certitudes, à revisiter ses croyances, ses valeurs,

ses représentations... à observer mais surtout à prendre le temps de regarder, à témoigner du respect envers autrui, à se respecter et se faire respecter. S'instruire, se perfectionner, c'est aussi prendre ses repères, défendre sa singularité, faire acte de présence, créer des liens, accepter de ne pas tout maîtriser, consentir à lâcher prise...

Professionnels devenus il nous semble impératif de nous souvenir de notre propre parcours d'apprenant afin d'être à même d'accompagner, avec toute la bienveillance requise, l'étudiant dans son cheminement.

Dans ce numéro du Journal Source, nous avons invité des étudiants à s'exprimer, à relater, à résumer des expériences significatives pour eux. Ainsi vous découvrirez des paroles d'étudiants, toute formation confondue à savoir : étudiant en soins infirmiers niveau 2, étudiant HES², étudiants en formation post-diplôme. Dans les divers articles proposés vous pourrez reconnaître leurs valeurs professionnelles et personnelles, leurs réflexions, parfois leurs doutes. Qu'ils soient professionnels en devenir ou professionnels déjà confirmés vous serez en mesure de percevoir leurs intérêts et leur engagement.

Nous profitons de souhaiter la bienvenue aux étudiants HES de la formation à temps partiel qui vont faire leur entrée à l'école La Source avant même l'arrivée du printemps. Bonne lecture !

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice Journal Source

1 Reboul O, 1999, *Qu'est-ce qu'apprendre ? Pour une philosophie de l'enseignement*, Paris, Presses universitaires de France, 206 pages, p 200.

2 HES: Haute Ecole Spécialisée.

journée Source du 5 octobre 2004 à Beaulieu, Lausanne

«L'insécurité routière»

2^e partie de la Conférence de R. Cevey, éthicien.

(1^{re} partie parue dans le numéro d'hiver 2004.)

Système normatif

Alors que les valeurs nous indiquent les buts que nous souhaitons atteindre (la sécurité), une norme indique la conduite à suivre pour y parvenir, nous dit comment faire.

Réfléchir la question de la sécurité routière n'échappe pas à cette réalité, cela passe par cette critique des valeurs (sécurité, qualité de vie, respect, etc.) et des normes (limitations de vitesse, port de la ceinture de sécurité, etc.).

Un premier élément de réflexion invite à prendre conscience que plus les conduites sont dictées avec précision plus elles se limitent à des cas particuliers. Prenons un exemple:

Des travaux nous obligent à rouler à gauche mais seulement dans ce cas-là, la norme plus générale prend aussitôt la relève à la fin des travaux.

Mais surtout, le désir de recourir à des normes de plus en plus précises s'accroît si la sécurité échappe à notre maîtrise.

Le risque est alors majeur de provoquer une inflation normative.

Or, une régulation sociale implique une structure rigoureuse mais aussi une part d'autonomie à l'image de l'articulation d'un genou: un genou a besoin d'une structure et d'une souplesse pour favoriser une marche fluide.

Un excès de normes conduit à une forme de paralysie (un monde sans valeur est un monde totalitaire) et sur la route on n'avancerait plus du tout!

Tout comme accorder trop d'importance aux valeurs conduirait au chaos, à l'anarchie (un monde sans normes est un monde d'illusions) et sur la route ce serait le chaos absolu.

On atteint ce «seuil critique» de l'inflation lorsque les normes produisent un effet contraire à celui qui était escompté.

Une attitude lucide est alors nécessaire afin d'évaluer la pertinence des normes existantes et des normes que l'on pourrait éventuellement ajouter.

Les premières peuvent être supprimées ou modifiées comme par exemple le signe de la main par le piéton pour obtenir le passage. On s'est aperçu que les enfants, voire certains adultes, lui accordaient une force de toute-puissance, et faute de prudence, ce geste provoquait finalement un effet contraire.

Si on veut introduire de nouvelles normes, il s'agit de mesurer la pertinence de leur mise en place, prévenu du risque d'une paralysie.

Intégration de la norme

Nous devons aussi prendre en considération le processus d'intégration d'une norme car il ne suffit pas d'énoncer une norme pour qu'elle soit fidèlement respectée.

On observe trois niveaux d'intégration qui nous informe sur la validité d'une norme, i.e. son application effective par les personnes concernées.

Au premier niveau, la norme est respectée à cause de la crainte de la punition, intégration des plus aléatoire, puisqu'elle touche seulement une modification du comportement et chacun n'est pas sensible de même façon à la sanction, il n'est que de constater les dépassements de vitesse ou la conduite avec le téléphone mobile à l'oreille.

Or, une norme doit toucher la structuration morale de la personne pour accéder à toute son efficacité.

C'est ce qui apparaît progressivement à un deuxième niveau: celui du respect de la norme pour elle-même. C'est cette attitude qui nous fait dire (indépendamment de la crainte d'une

sanction), qu'il est bien et juste de respecter les normes puisqu'elles sont produites par la collectivité elle-même.

C'est cependant au 3e niveau que la norme trouve son intégration la plus profonde. Elle implique une conviction morale et elle ouvre à une responsabilité éthique.

Ainsi l'alternative à une inflation normative fait appel aux ressources de chacun de nous, en premier lieu en valorisant l'autonomie et la responsabilité.

Pédagogie

A chaque niveau correspond une pédagogie. La première est sans surprise, il s'agit d'amener par conditionnement une personne à agir conformément à ce qui est attendu, sans autre forme de raisonnement.

Au second niveau, il s'agit d'une pédagogie qui agit sur la personnalité, c'est la plus répandue, elle nécessite de prioriser certaines habitudes sur d'autres.

Cependant la modification d'une habitude exige une motivation supérieure au bénéfice acquis avec les anciennes habitudes. C'est vous dire le peu de chance d'application rapide que revêt une norme lorsqu'elle prive une personne de bénéfices importants qu'elle croit posséder pour des acquis qui lui semblent secondaires ou insuffisants. On a pu constater cela avec l'obligation du port de la ceinture de sécurité il y a quelques années.

Pour une intégration plus en profondeur, il s'agit d'agir sur la conscience.

C'est à ce stade qu'une réflexion sur les valeurs prend toute son importance. Pour cela revenons aux valeurs bien particulières qui sont attachées au véhicule :

Les valeurs liées au véhicule et sa fonction

La question est de savoir si le véhicule est considéré comme un moyen ou comme une finalité. I.e. comme un objet intermédiaire (qui sert à aller quelque part) ou comme un but en soi. Et à voir les comportements des usagers, le



© Archives Atelier Grand SA

moyen est bien souvent considéré comme une fin.

Rien d'étonnant puisque on associe le véhicule (dans un imaginaire largement motivé par la publicité) à des valeurs de finalité plus que de moyen (mobilité, indépendance, utilité) : la liberté, l'indépendance, la disponibilité, la détente, l'image de soi, le prestige, la puissance, l'effet de séduction, le confort, etc.

Toutes ces valeurs ont un dénominateur commun : l'individualisme, c'est une caractéristique majeure de notre société post-moderne.

L'automobile trouve son image renforcée par le message paradoxal des constructeurs qui défendent d'une part un devoir d'éducabilité à la responsabilité totale de la part du conducteur et simultanément nient avec autant de conviction leur responsabilité dans la production de véhicules toujours plus puissants.

De plus la promotion de la vitesse et de la puissance est énorme, les budgets publicitaires des firmes automobiles sont tellement plus élevés que les budgets de prévention. La lutte en est d'emblée inégale, c'est David contre Goliath.

La priorité des valeurs

Ainsi la tension qui résulte de la confusion du moyen et de la fin constitue une articulation centrale de la sécurité routière. Une clarification des valeurs est alors nécessaire.

Elle permettrait de prendre la mesure de l'écart entre les valeurs affichées et les pratiques, c'est-à-dire entre les intentions que l'on exprime lorsque on veut faire preuve de civilité et les comportements effectifs que nous avons en réalité. Puis il s'agit d'établir une priorité des valeurs.

La tension principale se situe souvent entre des valeurs collectives et des valeurs individuelles. On pourrait espérer le renoncement de bénéfices individualistes (ce qui impliquerait un changement d'habitudes) au profit de bénéfices collectifs. Se déplacer avec l'assurance de parvenir à destination est dans l'absolu, un bénéfice bien supérieur à celui de rattraper quelques minutes de retard.

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que la psychologie humaine échappe bien souvent à une conduite rationnelle, évoquons par exemple le cas des feux rouges. Vous faites peut-être partie comme moi des personnes qui s'imaginent que les feux rouges paraissent durer plus longtemps pour nous que pour les autres.

Or, si le constat s'arrêtait là il n'y aurait pas de quoi s'en inquiéter, cependant cette forme de mini-psychose (comme la nomme Watzlavick) provoque une réelle amertume chez certaines personnes, et les convainc que le destin est contre eux. Cette forme de distorsion de la réalité peut provoquer des comportements compensatoires dangereux pour la sécurité routière, comme l'accélération excessive qui ne tient pas compte de la proximité des piétons.

La variation initiale

Prenons une autre perspective pour comprendre la complexité de la dimension normative.

Nous savons que la théorie du chaos s'applique fort bien en météorologie, en physique des particules ou en économie financière. En quoi consiste-t-elle ?

Elle montre l'importance du facteur temps



© Archives Atelier Grand SA

dans le déclenchement d'un effet de désordre de grande ampleur à partir d'une variation infime.

La théorie du chaos a aussi sa place en éthique. La variation initiale c'est l'écart que l'on vit dans notre rapport à la norme (les lois, les règlements, etc.)

Cet écart est inévitable, il relève de notre condition humaine. Il est l'expression de notre liberté, de notre autonomie.

C'est dans cet espace entre le sujet et la loi que la loi se constitue pour le sujet. Daniel Sibony dit à ce propos : *« c'est dans ce jeu que l'individu émerge en tant que sujet éthique. »*

Autrement dit nous transgressons tous la loi, et nous pouvons le faire tant que cela reste supportable (la vitesse, un parcage illicite, une prise de risque, une consommation d'alcool...), mais si nous persistons et aggravons la situation, nous nous installons dans la durée et d'un coup c'est le chaos. D'un faible écart à un mouvement vers le chaos nous ouvre à une réflexion éthique sur le sens de la liberté.

La sanction

Les sanctions ont traditionnellement une double fonction, celle de punir et celle de prévenir. La punition fait partie des moyens que la société humaine tient pour efficace à l'encontre des transgressions, des délits et des crimes.

Sa seconde fonction est celle d'éveiller un sens moral, mais qui reste dans la plupart des cas une illusion comme je l'ai expliqué précédemment puisque la prévention par répression ne

fait recours qu'à un premier niveau réflexe de notre capacité morale: la peur de la punition. Il faudrait alors parler pour être plus précis d'une pédagogie de la « limitation des risques ».

Cependant, les amendes d'ordre ont néanmoins un avantage, elles représentent un indice d'activités (elles donnent un ordre de grandeur des infractions commises). Ce qui permet d'intensifier des campagnes de répression et de prévention.

La prévention

Alors, me direz-vous, comment éveiller la conscience morale?

Et bien, par exemple, en aval comme on le fait dans certains pays, à la suite d'infractions graves, en imposant au conducteur fautif, l'accompagnement de blessés paraplégiques.

Et en amont de manière générale en communiquant davantage les problématiques, même celles qui semblent les plus anodine, i.e. en plaçant les individus dans un processus de compréhension de la réalité.

Je pense notamment au contrôle de vitesse qui peuvent se faire en période estivale, alors même que les conditions météo sont excellentes (cela arrive certains étés même chez nous!) et que la circulation est moins dense puisque nombre de personnes sont parties sous d'autres cieux.

Les raisons qui motivent un contrôle de vitesse

à ce moment nous échappent, alors qu'une moindre densité de circulation favorise une vitesse plus élevée et par conséquent un risque accru d'accidents.

De manière plus subtile, la prévention peut faire recours aux facultés cognitives comme dans l'exemple de la sécurité aux passages piétons.

Une prévention concertée, vous l'avez peut-être lue dans le journal La Source, est l'action « zèbre jaune » entre les associations « mobilité piétonne » et le TCS. Cette prévention fait appel au développement d'une « attention compensatrice », en ce sens que chacun, piéton et conducteur, sont invités à faire face à l'erreur qui peut être commise par l'autre.

Il s'agit d'un propos éminemment philosophique puisqu'on favorise ainsi l'émergence du doute, le doute étant compris ici comme une réflexion critique sur la réalité, en particulier lors de l'évaluation de la distance et de la vitesse. Ainsi, dans le doute :

■ Le piéton devrait attendre et le conducteur devrait freiner.

De plus, chacun est invité à favoriser la clarté des messages que l'autre est à même de pouvoir saisir.

■ Le piéton devrait tenir compte de sa propre visibilité avant toute action, et le conducteur informer le piéton de son intention en marquant un court arrêt de sécurité.

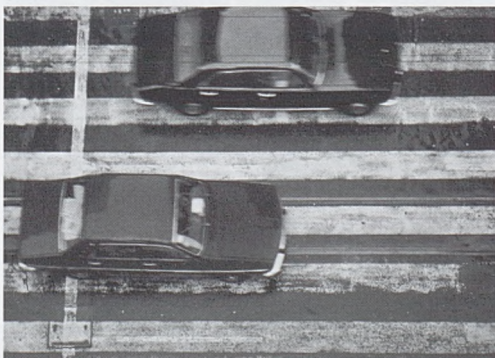
Le doute nous rappelle l'incertitude de notre relation humaine.

Diminuer le danger, c'est accepter l'incertitude de notre condition humaine.

Je vous le disais au début, pas de sécurité sans reconnaître et accepter l'insécurité.

L'incertitude, le doute et la liberté sont étroitement liés. La plupart d'entre nous auraient tendance à considérer l'incertitude comme un phénomène négatif.

Mais serions-nous libres si nous n'étions pas confrontés à notre incertitude? Quels choix



aurions-nous si tout est était décidé de part en part? Si c'était le cas, nous ne pourrions jamais avoir d'initiative, nous serions incapables de créer, de choisir, de décider.

Les personnes qui prétendent être certaines de tout ne sont pas libres car elles sont prisonnières de leurs convictions. Nous ne sommes libres qu'à la condition d'accepter une part d'incertitude, et même de la préserver car c'est dans cet espace que réside la possibilité pour chacun d'exercer son autonomie et donc sa responsabilité. Là où tout est défini par des repères normatifs, il n'y a plus de place pour la liberté. Et la vie n'autorise pas une totale maîtrise des circonstances, loin de là.

Favorisons le développement de notre autonomie dans une double perspective, satisfaire chacun dans son désir de liberté et garantir des moyens supplémentaires pour la maîtrise des risques en favorisant la responsabilité.

La sécurité routière invite à une éthique de l'incertitude et de la prudence. En philosophie, la

sagesse est dévolue à l'acceptation du déterminisme, de ce sur quoi nous n'avons pas de prise, alors que la prudence nous guide dans la part de liberté, ce sur quoi nous avons de réels moyens d'action.

L'intitulé de cette conférence «éthique et insécurité routière» est l'expression de ce paradoxe:

C'est en exerçant notre conscience de l'insécurité que nous augmentons notre sécurité et non en multipliant à l'infini des moyens normatifs qui paralysent notre autonomie et nous plongent dans l'illusion d'une existence sans insécurité.

Et c'est notamment au prix de l'acceptation de notre condition humaine imparfaite et incertaine que la force d'une politique de sécurité peut faire en sorte que l'erreur et la transgression ne soient plus fatales.

R. Cevey

Conseil et formation en éthique appliquée
Av. Juste-Olivier 18 – 1006 Lausanne
Tél. 079 242 32 05
e-mail: rcevey@yahoo.fr


Tél 143

La Main Tendue
Case postale 6 – 1010 Lausanne
ccp 10-25047-3

Soirée d'information pour la recherche de nouveaux écoutants bénévoles le mardi 3 mai à 20 h 00 à la Fondation Louis Boissonnet, ch de Boissonnet 51, Lausanne.
Opportunité de visionner le film de La Main Tendue.

Pour les personnes intéressées qui ne pourront pas assister à cette soirée:
tél. à l'administration de La Main Tendue pour demander un dossier de candidature:
tél. 021 652 24 11.



© Archives ELS

Erratum :

Concerne le journal d'hiver 2004. Toutes nos excuses à la volée automne 2000 pour la confusion de photo.

une rédaction à « deux têtes » !



Bienvenue à Véronique Hausey-Leplat au sein du comité du Journal Source comme rédactrice.

Tu partages, avec moi, la responsabilité de rédaction du Journal. Nos deux hori-

zons professionnels enrichissent la construction des dossiers du Journal et surtout, ta présence

au sein de la HES Source, renforcera les liens entre le Journal, les étudiants et les professeurs de l'Ecole.

A la Source, tu es professeur HES dans les domaines des soins infirmiers et de leurs conceptions ainsi que des sciences humaines depuis septembre 2003.

Tu es passionnée par l'écriture et tu n'as pas peur des nouveaux challenges. Tu participes depuis la fin de l'année 2004 à cette nouvelle activité et j'en suis vraiment heureuse !

Alexia Stantzos

Rédactrice Journal Source

Bienvenue à Anne-Claude Allin !



Depuis octobre 2004, Anne-Claude Allin, devient responsable de l'Unité de Recherche et Développement (URD) de la HES Source. Elle débute en octobre 2004 à 20 % et dès le début 2005, elle est présente à plein temps, à La

Source dont 60 % à l'URD.

Anne-Claude, c'est le dynamisme et la passion pour l'écriture, la pédagogie et la recherche la définissent.

Elle s'est formée en soins généraux, diplômée en 1981. Elle travaille à l'hôpital de Morges puis change pour s'investir dans l'enseignement des soins infirmiers. Elle se forme en pédagogie à l'ESEI. Confirmant sa détermination à poursuivre son chemin dans l'enseignement, elle obtient une licence en sciences de l'éducation à Genève puis un diplôme d'étude approfondie en sciences de l'éducation, 3ème cycle, à l'Université Lumières, à Lyon.

Elle reste 17 ans à l'école de soins infirmiers de Bois-Cerf où elle assume différentes responsabilités : enseignante, responsable de programme, directrice adjointe.

Aujourd'hui, avec l'existence d'un seul pôle de formation privé en soins infirmiers HES La Source, elle rejoint l'équipe de l'Unité de Recherche et de Développement avec des envies et des intérêts qui réunissent ses passions. Les trois nouveaux défis de l'URD :

■ Maintenir et développer l'ouverture de l'unité aux réseaux extérieurs. Anne-Claude est membre de la commission Recherche Appliquée et Développement de la HES-S2. Amener l'URD, au delà des réseaux de chercheurs romands, à participer aux réseaux de recherche nationaux et internationaux.

■ Favoriser la recherche au sein de la HES Source : maintenir l'intérêt pour la recherche et développer la formation pour les étudiants et les enseignants.

■ Développer la recherche pluridisciplinaire et la recherche propre à la discipline des soins infirmiers.

Inspirée et motivée comme tu l'es, nous te souhaitons à toi et à ton équipe des projets nova-

teurs guidant les soins infirmiers dans une histoire « autonome ».

Alexia Stantzios
Rédactrice Journal Source



Les livres écrits par Anne-Claude Allin :

⇒ **Savoir infirmier**

Quel Savoir pour soigner et comment l'enseigner? Nice: 1995, Z'Edition

⇒ **Recherche et formation à la recherche**

Travail de fin d'étude, clés et repères. Paris 2004 : Edition Lamarre
Il s'adresse aux étudiants

Formation à la recherche, une approche globale. Paris : 2005, Edition Lamarre

Il est « à paraître » et s'adressera aux enseignants

le comité se retrouve orphelin de deux de ses membres



Le comité se retrouve orphelin de deux de ses membres. Marie-France Bach Guex et Ingrid Tschumi-Durig nous quittent après de longues années en son sein.

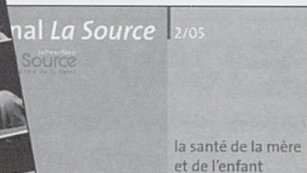
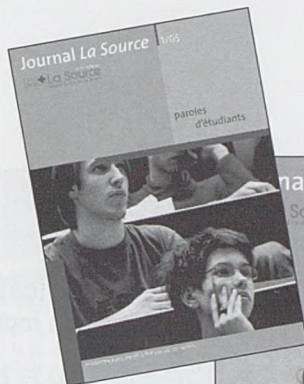
Ingrid, merci pour ton soutien, ton écoute, tes encouragements. Dans les moments de coups durs, tu étais là, les paroles adéquates au bon moment, toujours prête à proposer tes services.

Marie-France, d'abord comme rédactrice en chef, tu as été le moteur de ce comité. C'est à toi qu'incombait la bonne marche du journal. Relancer les intervenants, les inciter à respecter les aléas de l'impression, les délais, ne fut pas toujours tâche facile. Lire, corriger, parfois réécrire, relire, te réveiller la nuit, saisir le dictionnaire, relire encore...et toujours avec le souci de rendre le journal attractif, au goût du jour. Ensuite comme simple membre du comité tu as continué à œuvrer, soutenant l'équipe par ton dynamisme, tes connaissances. C'est un grand vide que tu laisses derrière toi. Pour tout ceci nous te disons merci.

Et à toutes les deux bon vent pour le futur.

Marie-Claude Siegfried
Membre du comité du Journal Source





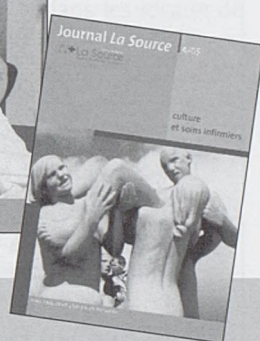
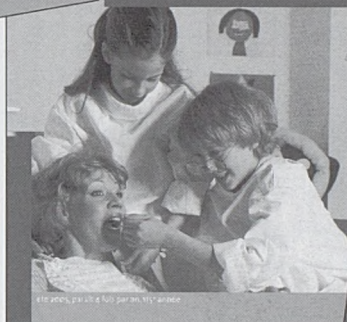
Thèmes 2005 :

paroles d'étudiants

la santé de la mère et de l'enfant

et si on prenait le temps...

culture et soins infirmiers



LECTEURS

Vous qui appréciez ce journal, aidez-nous !

Tout d'abord en renouvelant votre abonnement. Vous n'ignorez pas combien votre présence est précieuse: c'est d'abord pour vous que nous éditons chaque trimestre un nouveau numéro pour vous informer et vous faire partager nos idées depuis 115 ans.

Et puis nous avons besoin de nouveaux abonnés ! Nous comptons sur vous pour nous faire connaître, nous savons par expérience que la publicité directe, de bouche à oreille, est la plus efficace.

D'avance un grand merci !

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

N° postal/Localité: _____

Votre message: _____

Date: _____ Signature: _____

Renvoyez-nous ce bulletin sous enveloppe affranchie à
La Source, Haute Ecole de la Santé, Journal Source, av. Vinet 30, 1004 Lausanne ou par fax au 021 641 38 38.



Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

ENERGIE

LUMIERE

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

info@cauderay.com

http://www.cauderay.com

interoffice
Gavillet SA

Fabrication suisse...
...flexibilité, modularité et sobriété!

TOSCA
MODUL
von ergodata

Interoffice Gavillet SA Rue Beau-Séjour 1 Case postale 2852 CH-1002 Lausanne	Tél (+41) 021 321 20 50 Fax (+41) 021 321 20 51 e-mail: info@gavillet.ch www.gavillet.ch
---	---

Inscription au Journal Source

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

Inscrivez-vous vite !

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

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

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

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

Conseils, devis et projets sans engagement



certificat « éthiques et sociétés » Calendrier 2005-2006 à Paris

Sous la responsabilité académique du Professeur Michel Dupuis de l'Université catholique de Louvain (Belgique).

CERTIFICAT « ETHIQUES ET ORGANISATIONS » (second niveau)

- Pour accéder à ce second niveau, le certificat de premier niveau – ou titre jugé équivalent – est requis.
- La formation se déroule dans les locaux de l'Institut La Source à Paris.

Calendrier

- Semaine 1: du 3 au 7 octobre 2005
- Semaine 2: du 24 au 28 octobre 2005
- Prix: 800 € par semaine et par personne, soit 1'600 € pour l'ensemble de la formation

CERTIFICAT « ETHIQUES ET SOCIÉTÉS » (premier niveau)

- Chaque participant mentionnera sur sa fiche d'inscription les dates choisies pour chacune des trois semaines.
- La formation se déroule dans les locaux de l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) de Ville-Evrard (93 Seine St-Denis)

Calendrier

- Semaine 1: au choix: du 7 au 10 novembre 2005, ou du 28 novembre au 1 décembre 2005
- Semaine 2: au choix: du 16 au 20 janvier 2006, ou du 6 au 10 février 2006
- Semaine 3: au choix: du 6 au 10 mars 2006 ou du 27 au 31 mars 2006
- Prix: 825 € par semaine et par personne, soit 2'475 € pour l'ensemble de la formation

CERTIFICAT « ETHIQUES ET PEDAGOGIES » (second niveau)

- Pour accéder à ce second niveau, le certificat de premier niveau – ou titre jugé équivalent – est requis.
- La formation se déroule dans les locaux de l'Institut La Source à Paris.

Calendrier

- Semaine 1: du 24 au 28 avril 2006
- Semaine 2: du 29 mai au 2 juin 2006
- Prix: 825 € par semaine et par personne, soit 1'650 € pour l'ensemble de la formation

CERTIFICAT « ETHIQUES ET ORGANISATIONS » (second niveau)

- Pour accéder à ce second niveau, le certificat de premier niveau – ou titre jugé équivalent – est requis.
- La formation se déroule dans les locaux de l'Institut La Source à Paris.

Calendrier

- Semaine 1: du 2 au 6 octobre 2006
- Semaine 2: du 23 au 27 octobre 2006
- Prix: 825 € par semaine et par personne, soit 1'650 € pour l'ensemble de la formation

Pour tout renseignement:

info@institutlasource.fr

Vous trouverez également la fiche descriptive de ces formations sur notre site Internet: **www.institutlasource.fr**

le tumor board de la Source

Le TUMOR BOARD de La Source est une réunion de médecins de diverses spécialités impliqués dans le diagnostic et le traitement des affections cancéreuses. Y participent, entre autres, des pathologues des Laboratoires AMS, Argot Lab et Cypa, des chirurgiens, des gynécologues, des urologues, des gastro-entérologues, des pneumologues, des radiologues de l'Institut de Radiologie et des radio-oncologues de l'Institut de Radio-oncologie de La Source ainsi que les oncologues médicaux du Centre de Chimiothérapie Anti-Cancéreuse.

Cette rencontre a lieu deux fois par mois dans l'auditoire Leenards de la Haute Ecole La Source sous forme d'« un lunch meeting ». En dégustant une collation, dans une ambiance décontractée et conviviale, les participants assistent à la présentation de la situation d'un patient par son médecin traitant. Ensuite, le radiologue présente les images diagnostiques, le chirurgien décrit l'intervention pratiquée et le pathologue démontre les images macro et microscopiques des prélèvements effectués chez ledit patient. L'équipement audiovisuel de l'auditoire permet de projeter les images sur grand écran avec une qualité et un confort visuels exceptionnels. La discussion, toujours animée qui s'ensuit sur certains points du diagnostic, sur les investigations complémentaires et le traitement est dirigée par le Professeur Germain Chapuis, ancien directeur du Département de Chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

L'organisation du TUMOR BOARD est rendue possible grâce au concours de l'industrie pharmaceutique dont les représentants assistent régulièrement aux séances.

En 2004, 18 séances ont eu lieu, avec une participation moyenne de 18 médecins de spéciali-

tés différentes. La diversité des points de vue exposés rend les séances exceptionnellement enrichissantes pour tous. Chaque séance est par ailleurs reconnue comme une heure et demie de formation continue dans diverses spécialités comme médecine interne, médecine générale, oncologie, pathologie, chirurgie et gynécologie.

En 2005, 23 séances sont programmées avec la présentation de 4 cas par session. Le but, cette année, est d'élargir la participation à tous les médecins de l'agglomération lausannoise qui portent un intérêt à l'oncologie. L'objectif est de permettre des échanges encore plus directs et constructifs entre spécialistes et médecins de premier recours. L'ultime mission de ce forum éducatif est d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'une affection cancéreuse.

*Dr Nicolas Bergier, Dr Petr Cech, Dr Marc Gander
et Dr Chiên Trân-Thang*

L'art à la Source



Clinique de La Source

Galerie

DU 20 JANVIER 2005
AU 3 AVRIL 2005

MYRIAM MACHI

DU 7 AVRIL 2005
AU 29 MAI 2005

INES ZANGGER

VERNISSAGE LE JEUDI
7 AVRIL 2005
A 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

■ paroles d'étudiants

la prévention de l'épuisement professionnel des infirmières d'un service d'urgences...

Cet article présente les résultats d'une étude concernant les conditions de vie professionnelle des infirmières d'un service d'urgences de Suisse romande. Plus précisément, cette enquête a permis d'évaluer de manière qualitative et quantitative les phénomènes de stress, d'épuisement professionnel et de *coping*¹ vécus par des infirmières urgentistes.

INTRODUCTION

Exposition de la problématique

Depuis quelques années, des écrits abondent dans la presse spécialisée, démontrant l'importance et la recrudescence de *burn out syndrome* ou *syndrome d'épuisement professionnel* dans la profession infirmière. En effet, selon plusieurs études publiées ces quinze dernières années de part et d'autres de l'Atlantique, « 10 à 48% des infirmières actives des pays occidentaux présentent un niveau élevé d'épuisement professionnel quels que soient le milieu de travail et la spécialité » Canoui P (2003, p 101). Outre ces chiffres préoccupants, d'autres études semblent montrer également que « l'épuisement professionnel dans les professions médico-sociales tend à s'accroître au cours des dernières années » Duquette & Delmas (2003, pp 101).

En psychopathologie du travail, l'épuisement professionnel peut se percevoir comme l'aboutissement d'un stress chronique lié au travail. En effet, lorsque des facteurs de stress professionnels sont excessifs et répétés, il représentent pour l'individu une menace et génère une tension. Si cette tension est mal gérée et persiste, elle peut diminuer la résistance physique

et psychologique du sujet et entraîner chez lui de multiples problèmes de santé. Ainsi, l'épuisement professionnel semble être secondaire à un stress continu et répété, qui s'intègre dans un processus de réactions inadaptées de la personne.

Dans le cas des services d'urgences, de multiples facteurs sont susceptibles de générer du stress, de se répercuter sur la santé et le travail des professionnels qui y sont engagés. La nature du travail, les conditions et le rythme dans lesquels celui-ci s'exerce représentent quelques-uns de ces facteurs de stress. Par conséquent, les infirmières des services d'urgences semblent correspondre à un groupe particulièrement à risque en termes d'épuisement professionnel.

Néanmoins, malgré le taux considérable de stress présent aux Urgences, les infirmières de ces types d'unités ne présentent pas un état d'épuisement très important. En effet, d'après une étude effectuée auprès d'hôpitaux belges, français et suisses, « 40% des professionnels de l'urgence connaissent un *burn out* engagé, voire très engagé pour 18% d'entre eux » (Pegatoquet, 1995, pp.43). Certes, l'épuisement professionnel s'avère présent aux Urgences - mais dans des proportions à peu près identiques à celles trouvées dans d'autres services - ce qui est source d'étonnement et d'interrogations : *Comment se fait-il que les infirmières urgentistes ne soient*

¹ Coping : « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Bruchon-Schweitzer, 2002, p.356. Le coping correspond à l'ensemble des réponses et des réactions élaborées par l'individu afin de maîtriser, réduire, ou simplement tolérer une situation aversive, stressante.

pas davantage épuisées par leur travail? Est-ce relié aux stratégies qu'elles mettent en place pour s'ajuster au stress? Possèdent-elles des ressources particulières?

Au même titre que les professionnels travaillant dans d'autres services, les infirmières des Urgences mettent en place des stratégies d'ajustement, ou stratégies de coping, afin de gérer le stress et de se prémunir de l'épuisement professionnel. En regard des pourcentages obtenus concernant leur état d'épuisement, on peut imaginer que les infirmières urgentistes utilisent des stratégies relativement efficaces et appropriées pour s'ajuster aux situations stressantes. C'est précisément cette préoccupation qui a guidé mon intérêt, ma réflexion et mon questionnement tout au long de cette étude.

Démarche en quatre étapes

Le but de mon enquête était de décrire les *phénomènes de stress, d'épuisement professionnel et de coping chez les infirmières d'un service d'urgences, ainsi que d'identifier les relations existantes entre ces différents phénomènes*. Pour atteindre ce but, j'ai procédé par plusieurs étapes:

La première étape cherchait à diagnostiquer et quantifier le phénomène de stress chez les infirmières d'un service d'urgences. Plus précisément, il s'agissait de décrire leur perception du stress, de déterminer leur niveau de stress et d'identifier les facteurs de stress perçus.

La deuxième étape visait à diagnostiquer, à quantifier le phénomène de l'épuisement professionnel chez ces mêmes infirmières. Plus exactement, il s'agissait de décrire leur perception de l'épuisement, de déterminer leur niveau d'épuisement et d'identifier également les facteurs d'épuisement perçus.

La troisième étape s'intéressait à observer le phénomène du coping mis en œuvre par ces professionnelles de l'urgence. Plus précisément, il s'agissait de déterminer les stratégies de coping utilisées, de définir leur type de stratégies privilégié et d'identifier leur efficacité perçue.

La quatrième étape consistait à observer les relations établies entre les phénomènes de stress, d'épuisement professionnel et de coping dans un service d'urgences. Plus exactement, il s'agissait d'examiner les relations entre l'état de stress et d'épuisement des infirmières interrogées et d'examiner les relations existantes entre les stratégies de coping utilisées et leurs états de stress et d'épuisement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population étudiée

La population étudiée comprenait trois infirmières d'un centre hospitalier universitaire de Suisse romande. Le service d'urgences rattaché à cet hôpital accueillait des personnes de tout âge (enfant, adulte, personne âgée) et de toute pathologie (somatique, psychiatrique et sociale) confondus. Vu son accessibilité et son infrastructure importante, ce service était très représentatif de la variété et de la complexité de la pratique infirmière en soins d'urgences. Pour participer à l'enquête, les infirmières devaient répondre aux critères suivants : être volontaires, exercer leur profession à un taux de 80 à 100 % d'activité, être en activité dans le même service depuis minimum 2 à 3 ans et maximum 4 à 5 ans.

Instruments utilisés

En regard de mes objectifs d'étude, une utilisation conjointe du questionnaire et de l'entretien a été retenue. Le questionnaire m'a permis de recueillir des données claires, précises, non équivoques me permettant d'évaluer, de mesurer les phénomènes que je désirais étudier. L'entretien quant à lui, m'a permis d'obtenir des données plus approfondies et développées, me permettant d'avoir une meilleure compréhension de ces mêmes phénomènes.

Des échelles de mesure ont été intégrées dans le questionnaire à savoir l'échelle de Lemyre et Tessier (2002), d'origine canadienne. Celle-ci a permis d'évaluer le niveau de stress psychologique de la population visée au moyen de 9

items. D'origine canadienne également, l'échelle de Maslach et Jackson (1986) a permis de mesurer le niveau d'épuisement professionnel de cette même population au moyen de 22 items. Le choix de ces échelles d'évaluation a tenu compte des critères exigés par la communauté scientifique, à savoir la validité et la fiabilité. A ces échelles, se sont ajoutés des listing de facteurs de stress et d'épuisement, ainsi qu'un listing sur les stratégies de coping. Ces listing ont été élaborés et affinés à partir de questionnaires existant sur le sujet et considérés à un niveau international.

RÉSULTATS

Concernant le stress

Premièrement, les résultats ont montré que les infirmières urgentistes ne perçoivent pas et ne vivent pas nécessairement le stress comme un phénomène négatif. En effet, les trois participantes considèrent également le stress dans son aspect positif, dans le sens où il stimule, augmente les performances et renforce la vigilance de l'individu. Ainsi, pour ces professionnelles de l'urgence, un événement stressant n'est pas forcément perçu comme une menace, mais peut être également considéré comme un challenge et un défi qu'il s'agit de surmonter. Dans la littérature, le sens du défi est associé à la hardiesse, concept qui comprend également deux autres caractéristiques : le sens de l'engagement et le sens de la maîtrise. D'après Kobasa et al. (cité dans Bruchon-Schweitzer M 2002, p.254), « la hardiesse joue un rôle protecteur chez l'individu, en le protégeant de l'impact nocif du stress ».

Deuxièmement, les résultats obtenus ont indiqué que les répondantes présentent un niveau de stress psychologique relativement bas. En effet, selon l'échelle de Lemyre et Tessier, une personne a montré un état de stress moyen, les deux autres un état de stress faible, voire très faible. Cette constatation a été source d'étonnement, car les infirmières interrogées ont



© Archives Atelier Grand SA

toutes affirmé vivre passablement de stress dans leur pratique. L'hypothèse selon laquelle elles ont les ressources suffisantes pour gérer et bien vivre les situations aversives a été retenue puis confirmée par la suite dans le cadre de l'étude.

Troisièmement, les résultats ont montré qu'il n'existe pas de facteurs de stress préférentiels chez les professionnelles interrogées. Chacune d'elles a effectivement rapporté des stressseurs qui lui étaient propres telles que : l'agressivité des patients, les difficultés relationnelles avec les collègues ou les supérieurs, la paperasse, la défectuosité du matériel, etc. Ce résultat a ainsi démontré à quel point le stress était un processus individuel, singulier. Un même facteur de stress affecte les gens différemment, de sorte qu'« il est nécessaire de distinguer les stressseurs objectifs de leur impact subjectif » Bruchon-Schweitzer M (op. cit. p 290). Dans le stress, l'important n'est effectivement pas le facteur lui-même, mais sa signification, sa perception que lui donne chaque individu.

Concernant l'épuisement professionnel

Premièrement, les infirmières interrogées ont toutes traduit l'épuisement professionnel par un manque ou une perte : perte d'énergie et de motivation, absence de plaisir, perte de ses repères professionnels, etc. Elles ont également

ressorti la presque totalité des symptômes de l'épuisement professionnel. Les trois dimensions de l'épuisement ont effectivement été représentées : l'épuisement émotionnel et physique, la déshumanisation de la relation, l'accomplissement professionnel réduit. Les difficultés relationnelles sont très bien apparues, ce qui démontre bien que la relation est au cœur de la pratique soignante.

Deuxièmement, il a été constaté que les infirmières urgentistes présentaient un niveau d'épuisement bas. En effet, selon l'échelle de Maslach et Jackson deux des professionnelles interrogées ont montré un état de burn out bas et une autre un état de burn out très bas.

Troisièmement, les résultats ont montré que le stress est perçu par les répondants comme l'origine du burn out. En effet, selon elles, travailler dans des conditions de stress soutenu peut mener à l'épuisement. Leurs affirmations confortent la théorie de Maslach et Jackson, selon laquelle l'épuisement professionnel est consécutif à une accumulation de stress au niveau de la personne.

A cela s'est ajouté dans les réponses des professionnelles interrogées l'importance des facteurs de vulnérabilité individuelle dans la genèse du burn out, à savoir la gestion inefficace du stress, le manque d'écoute de soi ou le manque de prise de distance, le perfectionnisme, etc.

Concernant les stratégies de coping

Premièrement, les résultats obtenus ont montré que les infirmières urgentistes utilisent des stratégies de coping nombreuses et variées. Chaque professionnelle utilise effectivement des stratégies propres, préférentielles. Cette constatation montre combien le coping est un processus individuel. En fonction de ses expériences antérieures, de sa personnalité, l'individu privilégie certaines stratégies davantage que d'autres. Ainsi, face à une situation identique, il est normal que deux personnes réagissent de manière fort différente.

Deuxièmement, bien que chacune des infirmières utilise ses propres stratégies de coping, certains types de stratégies ressortent néanmoins comme étant davantage utilisés par les professionnelles interrogées. Ainsi, les stratégies actives, basées sur la résolution de problème et l'affrontement se sont révélées être souvent mises en pratique. A l'inverse, les stratégies passives, tels que la minimisation de la menace, la fuite et l'évitement sont rarement utilisées. Le fait que les stratégies actives, plutôt que passives, soient utilisées au premier plan démontre l'importance du sens de l'engagement et de la maîtrise des personnes interrogées. « *L'engagement se décrit comme la tendance à s'impliquer dans les activités entreprises et les situations rencontrées et la maîtrise s'exprime par la certitude de pouvoir influencer le cours des événements par ce qui est choisi, dit ou fait* » Duquette A et al. (1994, pp 49). Comme relevé précédemment, ces deux caractéristiques font partie de la hardiesse, type de personnalité protectrice vis-à-vis du stress.

Troisièmement, les personnes interrogées affirment vivre plutôt bien les événements stressants. Ainsi, les stratégies qu'elles mettent en place leur semblent être suffisamment efficaces. Une des infirmières interrogées a exprimé que l'efficacité d'une stratégie se traduisait par son pouvoir de résolution active du problème. D'où l'importance de la maîtrise et de l'engagement chez ces professionnelles dans leur pratique quotidienne.

Concernant la relation stress – épuisement professionnel – coping

Premièrement, les résultats montrent que l'état de stress et l'état d'épuisement semblent liés positivement, de sorte que plus une personne est stressée, plus elle a de chance d'être épuisée. Cette constatation semble logique puisque le stress est perçu et déterminé comme étant à l'origine de l'épuisement professionnel.

Deuxièmement, vu les résultats obtenus, les

états de stress et d'épuisement de faible intensité des personnes interrogées s'accompagnent de mise en œuvre de stratégies de coping actives et non passives. La relation peut donc être perçue en tant que significative négative entre le coping actif, les états de stress et d'épuisement. Le coping actif semble donc être une ressource importante pour gérer le stress et prévenir l'épuisement pour les professionnelles de l'urgence.

DISCUSSION

Il ressort de cette étude que les infirmières urgentistes ont un sens aigu du défi, de la maîtrise et de l'engagement, de sorte qu'elles présentent un trait de personnalité caractéristique : la hardiesse. En effet, avec leur pratique, ces infirmières sont confrontées à des situations de soins complexes, prenantes, à des exigences de plus en plus élevées, des technologies médicales de plus en plus croissantes, ce qui implique qu'elles doivent faire preuve d'engagement et de maîtrise dans leur pratique professionnelle. Car ces infirmières n'ont pas la possibilité de fuir une situation problématique ou de repousser l'échéance de sa résolution, au risque de l'amplifier. Elles ont effectivement l'obligation de réfléchir, d'agir rapidement pour le bien du bénéficiaire de soins. Une professionnelle qui n'aura pas cette capacité ne pourra pas travailler dans ce type de service, au risque d'être potentiellement dangereuse, vu son inactivité auprès du patient.

Il apparaît ensuite que les dimensions de la hardiesse exercent une certaine influence sur les stratégies de coping. En effet, le sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi semblent promouvoir l'utilisation par les infirmières urgentistes de stratégies actives (affrontement et résolution de problème) plutôt que passives (minimisation de la menace, fuite et évitement). Ces stratégies, selon les professionnelles interrogées, semblent efficaces puisqu'elles ont l'impression de maîtriser leur stress, mal-

gré leur environnement de travail exigeant et constamment changeant.

Afin de permettre au soignant de gérer son stress et de se prémunir de l'épuisement professionnel à long terme, il paraît important en pratique infirmière urgentiste de renforcer ce trait de personnalité relatif à la hardiesse, ainsi que ces types de stratégies de coping inhérentes aux stratégies actives.

CONCLUSION

Nous ne sommes pas égaux face au stress, à l'épuisement professionnel et au coping. En effet, à propos de chacun de ces phénomènes, on constate que chacun d'entre-nous montre une sensibilité et une réactivité qui lui est propre. Face à un stresser identique, une personne ne ressentira pas la même chose et n'agira pas de la même manière qu'une autre personne. Cette constatation montre bien que le stress, l'épuisement professionnel et le coping sont avant tout des phénomènes qui sont vécus de l'intérieur.

Les professionnels de l'urgence ne dérogent pas à ce précepte. Néanmoins, même si les phénomènes du stress, du burn out et du coping sont des processus singuliers, on constate que ces professionnels présentent des similitudes dans leurs traits de personnalité et de comportements. En effet, ces derniers par leur sens aigu du défi, de l'engagement et de la maîtrise, démontrent qu'elles sont des personnes hardies. Grâce à leur hardiesse, les infirmières urgentistes ont tendance à utiliser des stratégies actives plutôt que passives dans les situations aversives. Ce trait de personnalité influencerait le processus d'adaptation de la personne et aurait même un effet modérateur en situation de stress.

Ludivine Etique

Etudiante infirmière La Source, niv.II

Diplômée en sept.2004

l'enseignement thérapeutique

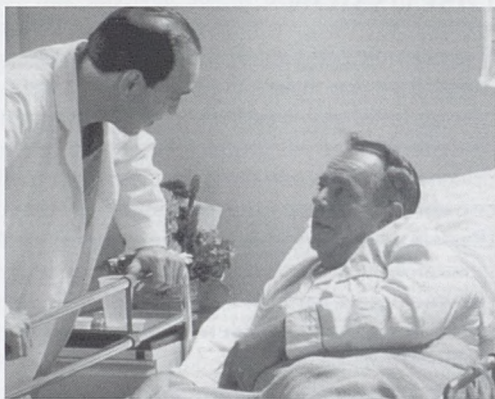
Lors de mon stage de deuxième année, j'ai été profondément marquée par l'absence de reconnaissance de la part de plusieurs de mes collègues en ce qui concerne l'aspect relationnel inhérent à tout enseignement au patient. En effet, combien de fois m'est-il arrivé d'entendre dire lors du colloque « je lui ai fait un enseignement au Sintron[®] » réduisant ainsi l'éducation du patient à un simple geste technique, transmissif dépourvu d'humanité. Or j'estime essentiel que le patient soit au centre de toute démarche éducative, en tant qu'acteur de sa vie avec ses ressources, ses limites, son histoire de vie, ses représentations, ses croyances, ses connaissances, etc. Dans le travail de réflexion que j'ai effectué au sujet de l'enseignement au patient, j'ai décidé d'explorer et de mettre en relief les représentations de la patiente concernée en ce qui concerne sa maladie car il s'agit là d'un point de départ permettant la co-construction d'un projet commun entre le soignant et l'apprenant. Afin de préserver la cohérence de ma démarche, j'ai explicité mes représentations de la santé et de la maladie car celles-ci guident ma pratique.

Représentations de la patiente¹ concernée par rapport à la santé et la maladie

Avant de me lancer dans l'aventure de l'éducation à la santé, il m'a semblé opportun d'explorer les représentations relatives à la santé et à la maladie de Madame X car elles font partie de son identité et relèvent du domaine du connu. De cette manière elle perçoit d'emblée qu'elle est au centre de ma démarche. Il est rassurant pour elle de pouvoir participer au processus éducatif sans se sentir sous pression comme si elle devait à tout prix réussir une épreuve car elle seule détient la clé pour accéder à l'acquisition de nouvelles connaissances. Ainsi la démarche s'inscrit dans un continuum de vie, dans un projet per-

sonnel mais aussi dans un projet commun en partenariat avec les soignants.

Madame X dit que pour elle, être en bonne santé, signifie « de ne pas souffrir et arriver à faire tout ce qu'elle veut sans devoir demander de l'aide; c'est aussi avoir toute sa tête pour pouvoir réfléchir toute seule ». Quant à la maladie, elle dit avoir accepté le fait qu'elle ne va pas pouvoir guérir; cependant elle voudrait pouvoir vivre mieux jusqu'à la fin de ses jours, sans devoir forcément faire recours à l'hôpital.



© Archives Atelier Grand SA

Ma représentation de la santé et de la maladie

Au cours de ces deux ans de formation, je me suis appropriée une conception de la santé que je peux décrire ainsi : je vois la santé comme un état d'équilibre souvent précaire, un bien être autant physique que psychique, social et spirituel. Le soma et la psyché sont deux entités en une, toujours en interaction entre elles mais aussi avec l'environnement, le milieu, la culture et les convictions qui habitent tout être humain. Dans le concept de la santé j'englobe également la notion de liberté – liberté de choisir comment vivre sa propre existence qui s'avère unique et si précieuse. Pour que cela soit réalisable et applicable il faudrait que les soins soient accessibles à tous, malheureusement ce n'est pas le cas actuellement.

¹ Patiente que je nommerai Madame X afin de préserver la confidentialité

J'adhère à la définition de P Lecorps² (1999, p 62) qui représente pour moi une source d'inspiration.

« La santé est une capacité de vivre une vie possible. C'est un mode de présence à soi-même et au monde, joie et performance tout autant que confrontation à la douleur et à la souffrance. La santé est à la fois expression de soi dynamique et dans le même mouvement, expérience de la limite du handicap, de la maladie et glissement vers la mort. La santé engage un corps, mais un corps qui n'est pas réductible à sa dimension biologique. Le corps présenté au soignant, est un corps-sujet, un corps habité, un corps façonné par une culture, par une histoire singulière, un corps qui porte un nom, qui a une identité. »

Par opposition, la maladie représente pour moi toute sorte de déséquilibre, de manque d'harmonie qui peut se manifester sous forme d'atteintes physique, psychique, sociale et qui confronte l'humain à ses limites et à ses faiblesses autant dans le rapport qu'il entretient avec lui-même que dans sa façon d'être avec les autres en tant « qu'être social ». Le rapport entre le normal et le pathologique étant modelé par la société ainsi que par la culture qui nous habite.

L'objet d'éducation

Dans ma démarche d'éducation (injection sous-cutanée de fraxiparine[®]: anticoagulant) mon objectif principal a consisté à rendre Madame X le plus autonome possible afin d'améliorer sa qualité de vie en tenant compte de ses représentations et de ses connaissances préalables. Au cours de l'entretien que nous avons eu ensemble s'est créé une relation de proximité qui m'a permis de concevoir une démarche d'enseignement pouvant aller au-delà de la vision behavioriste³ si répandue dans le service où j'effectuais mon stage. Je ne voulais pas que mon action soit la simple recherche d'un changement de comportement chez l'autre, ce qui aurait réduit le plan d'éducation à une action dont le but n'est pas d'aider le patient à trouver son parcours mais plutôt de satisfaire le soignant.

En regard de la situation de Madame X, de ses particularités et de ses ressources, j'ai pensé choisir la guidance individuelle⁴ qui consiste à réévaluer les besoins du patient et ses compétences de façon à ce que l'activité pédagogique soit adaptée à ses attentes, à ses nécessités. Il s'avère essentiel de négocier celle-ci avec l'apprenant afin qu'il puisse y trouver du sens car toute démarche éducative requiert pour le patient d'y avoir de l'intérêt afin qu'il puisse l'intégrer dans son projet personnel.

Afin d'atteindre mes objectifs j'ai choisi la technique de l'entretien car elle me semble adaptée à la situation de la patiente. En effet, cette approche permet une entrée en matière de façon douce, tout en tenant compte de la capacité de compréhension de l'apprenant ainsi que ses compétences et de son projet de vie. En ce qui concerne la technique d'injection sous-cutanée j'ai exercé avec la patiente la simulation du geste sur une orange afin qu'elle puisse se sentir à l'aise dans sa réalisation avant de l'effectuer sur elle-même. L'apprentissage a été tout à fait réalisable puisque madame X avait des capacités de préhension fine et qu'elle a pu y attribuer du sens. Cependant j'ai estimé préférable d'associer une de ses filles à l'apprentissage de ce geste en l'invitant à participer activement à cette démarche. D'ailleurs cela m'a confronté à la dimension relative à l'imprévisible qui caractérise toute éducation à la santé. Alors je ne peux pas m'empêcher d'éprouver une sensation d'impuissance.

J'ai conduit mon enseignement en trois séances éducationnelles qui ont porté sur les réflexions suivantes : une discussion sur les avantages à se

² en réf. à un texte présenté le 10 juin 1999 dans le cadre d'un colloque sur l'éducation pour la santé des patients, organisé par le Comité français d'éducation pour la santé, à l'Hôpital Européen Georges-Pompidou..

³ Behaviorisme dont les mots clés sont : stimulus, réponse, renforcement, discrimination, conditionnement, enseignement programmé

⁴ guidance individuelle : ensemble de techniques qui associent l'enseignement, l'évaluation et le soutien psychologique dans le cadre de l'éducation continue du patient.



© Archives Atelier Grand SA

22
23

piquer soi-même, la possibilité d'avoir le choix d'accepter ou de refuser de se piquer, une démonstration (où j'ai divisé le geste en plusieurs séquences) sur une orange. J'ai tenu compte des appréhensions de Madame X et de sa fille, j'ai tenté de démystifier leur peur de l'aiguille, de valider leur ressenti. Puis j'ai encouragé Madame X, après plusieurs tentatives sur l'orange, à se piquer elle-même dans l'abdomen. Je suis restée à l'écoute de ses premières impressions et je l'ai félicitée. Les deux dernières séquences ont été consacrées à l'enseignement théorique en lien avec l'injection sous-cutanée et la pathologie de Madame X, à une récapitulation des diverses parties du soin et à l'exécution du soin proprement dit.

J'ai conclu mon enseignement en remerciant Madame X et sa fille pour leur participation active. J'ai précisé que j'espérais avoir atteint mon but : que ce que l'on avait accompli ensemble puisse vraiment les aider dans leur vie quotidienne.

Suite à cette démarche j'ai été sous l'emprise de plusieurs questions par rapport à mon rôle d'éducateur à savoir : j'avais l'impression d'être entrée dans une dynamique de séduction ? Est-ce que c'était correct vis-à-vis de la patiente ? Avais-je suffisamment pris en considération les

résistances que j'ai perçues au cours de l'entretien ? Est-ce que mes objectifs sont réalistes en regard de la situation de la patiente ? S'agit-il d'une illusion qui me permet de me rassurer par rapport à ce que j'aurais voulu transmettre en terme d'enseignement ?

Conclusion

En réalisant ce travail, je me suis rendu compte de l'écart existant entre la théorie et la pratique. Tout au long de ma démarche j'ai été comme suspendue entre deux pôles : d'un côté les apports théoriques me permettant de voir l'éducation comme un accompagnement, une création et non pas un façonnage, et de l'autre côté, le stress d'assurer un travail performant, utile pour la patiente et sa famille ceci dans le but d'atteindre un résultat satisfaisant aussi bien pour elle que pour moi-même. L'envie d'assister à un changement chez l'autre n'est pas toujours adaptée voire pertinente en regard du projet personnel de l'apprenant qui parfois se détache du projet commun que les protagonistes ont essayé de mettre en place. Cette réflexion me permet d'affirmer que le rôle d'éducateur est très délicat et très difficile à assurer lorsqu'on le conçoit aussi comme un rôle d'accompagnement d'un sujet qui est en souffrance. Il implique une remise en question permanente de notre pratique ainsi que des concepts qui l'influencent.

J'ai axé ma démarche sur l'éducation à la santé alors qu'il aurait été certainement plus judicieux de la nommer « éducation du patient à sa maladie ». Ceci s'explique par le fait que je voulais mettre l'accent sur les ressources et sur les représentations de Madame X tout en tenant compte de la gravité de sa situation qui pourrait être définie plus justement comme une situation de fin de vie. Cependant je pense avoir réussi à insérer ma démarche dans une optique de promotion de la santé.

Manuela Bühner

Etudiante infirmière La Source, HES volée automne 2002.
Travail fait en septembre 2004

accompagnement des personnes âgées dans la démarche de déménagement en EMS

Dans le cadre du maintien à domicile de la région lausannoise, j'ai constaté, au cours de mes dix dernières années de pratique professionnelle, un accroissement significatif du vieillissement de la population.

Les conséquences de cette augmentation sont d'une part la croissance des interventions menées par les CMS¹. Celles-ci peuvent conduire à des prises de décisions tels que l'aménagement d'un lieu de vie à adapter à de nouvelles dépendances, la réorientation des projets de vie des personnes âgées.

À domicile par choix ou non

De manière générale, les personnes âgées préfèrent vivre seules dans leur «chez elle», car elles se sentent en sécurité et ont l'impression de bénéficier encore d'une certaine autonomie. Elles perçoivent les établissements médico-sociaux comme un dernier recours. Cependant, au fil du temps, les conditions de vie dans leur environnement deviennent de plus en plus difficiles et précaires. Les personnes âgées éprouvent des difficultés à se mobiliser, souffrent de solitude, sont de plus en plus dépendantes dans leurs activités de la vie quotidienne.

Un deuxième élément qui mérite d'être pris en compte est la solitude. Ce grand mal est beaucoup plus douloureux que tous les autres maux physiques. Effectivement avec les années, leur entourage se restreint comme peau de chagrin. En raison de leur grand âge, elles peuvent avoir perdu leur conjoint ainsi que des amis et relations. Malheureusement, ceux qui restent près d'elles se retrouvent très souvent dans la même situation. A cela s'ajoute la crainte de sortir de leur environnement, par peur de faire une chute. Les personnes âgées

sont exposées à des troubles plus ou moins importants à savoir: un déficit visuel et souvent auditif, des problèmes de mobilité en raison de la transformation de l'appareil locomoteur, des réflexes ralentis liés à la transformation de leur système sensoriel. Toutes ces difficultés les mettent en danger à l'extérieur de leur maison. Pour elles «sortir faire leurs courses» peut être une activité jalonnée d'obstacles. Ainsi, les déplacements deviennent de plus en plus difficiles et de moins en moins fréquents. L'individu qui vieillit restreint progressivement son périmètre d'action de la ville au quartier, du quartier à la maison, de la chambre au salon, du lit au fauteuil.

La famille

Au fur et à mesure que les années passent, les personnes âgées sont de plus en plus dépendantes, l'entourage est de plus en plus sollicité. Pour les proches, le choix est difficile à faire entre maintien à domicile, placement en institution ou accueil à leur domicile de leur parent âgé. D'autre part ceux-ci ont à assumer des obligations familiales importantes. Ils représentent la génération tampon puisqu'ils peuvent être amenés à prendre soin de plusieurs générations: leurs parents, leurs enfants, leurs petits-enfants. Quelles limites alors donner à cette prise en charge que la génération des enfants de 60 à 75 ans expérimente pour la première fois dans nos sociétés occidentales?

Décision

La décision du déménagement en maison de retraite est extrêmement difficile aussi bien pour les personnes âgées, leur entourage, les soignants. Elle génère beaucoup d'angoisse car aucun centre d'hébergement aussi excellent

¹ CMS : Centres Médico-Sociaux



soit-il, ne peut ressembler au chez-soi. D'autre part ce déplacement confronte les personnes âgées à la fin de leur existence. S'approcher ainsi de la fin de sa vie signifie probablement vivre son dernier déménagement. Cette décision si pénible soit-elle ne s'envisage que :

- Lorsque les conditions de vie, dans leur environnement, deviennent de plus en plus difficiles et précaires.
- Lorsque leur entourage est épuisé.
- Lorsque les autres solutions tels que : le maintien à domicile, les courts séjours, les unités d'accueil temporaires ont été épuisées.
- Lorsque suite à une crise (chute, perte d'un proche, problème médical aigu) les personnes sont hospitalisées et qu'un retour à domicile n'est pas envisageable.

Le déménagement

Je tiens à préciser que l'entrée en EMS² ne consiste pas en un simple déménagement. Il s'agit d'un changement de vie radical. Pour celui qui le vit, il a un caractère irréversible et entraîne de nombreuses pertes : quitter son lieu de vie, sa maison, son cocon, son abri, se séparer de tous les objets importants qui tiennent à cœur, être obligé de s'en débarrasser, de les vendre ou de les donner. Ces objets sont réduits à une valeur marchande, parfois importante voire nulle.

De plus, les personnes âgées sont souvent placées depuis l'hôpital sans avoir fait auparavant un retour à leur domicile. Elles n'ont pas eu la

possibilité de prendre congé de leur ancien environnement : les voisins, les gens du quartier ou du village, ceux qu'elles voient de leur fenêtre, ni de tout ce qui constitue leur cadre de vie et leurs relations. Les personnes âgées se trouvent confrontées à l'inconnu puisque généralement elles ne connaissent ni le lieu ni les personnes qui dorénavant constitueront leur entourage. Tout ceci fait qu'elles vivent une crise d'identité et qu'elles vont être obligées de se créer une nouvelle vie.

La perspective du placement est vécue comme un renoncement non seulement à l'indépendance, mais plus profondément à la liberté, avec comme seule possibilité apparente que se conformer aux prescriptions de l'institution et d'attendre la mort avec ses congénères.

On comprend ainsi pourquoi il y a résistance des vieillards au placement et pourquoi cette résistance signifie un désir de vivre et un refus de mourir. En résistant au placement, le vieillard nous dit : « Je veux conserver ma vie ; je veux être un homme comme les autres, même si je suis malade et âgé » (GEFPA³, 1980, p.57).

Quand le déménagement du parent en institution est envisagé la famille vit elle aussi une véritable crise. Cette crise représentative du stress, du sentiment de malaise, du sentiment de culpabilité, déstabilise tous les membres de la famille qui se sentent responsables de la sécurité de leur parent. Ils ressentent un sentiment de culpabilité à l'idée d'avoir dû placer leur aîné, trahissant en cela « l'idéal familial » qui conçoit le respect de l'ancien par la famille.

Ainsi, ils ont le sentiment de ne pas avoir assez fait pour lui et souvent, ils ont attendu le dernier moment. Alors ils éprouvent le besoin de maîtriser la situation, ils ont besoin que nous acquittions leur dette.

² EMS : Etablissement Médico-Social

³ GEFPA : Groupe d'Echange et de Formation sur les Problèmes des Personnes Âgées

Questions

Comment préparer un placement en institution, lorsque la situation à domicile devient précaire et qu'un changement du lieu de vie est nécessaire? Comment accompagner les personnes âgées pour qu'elles acceptent la démarche? Comment améliorer la qualité de nos interventions professionnelles?

L'accompagnement dans l'interdisciplinarité

Dans le cadre de mes recherches, j'ai pu mettre en lumière l'importance du travail interdisciplinaire dans la prise en soins des personnes âgées dépendantes qui font appel à nos services. Aucun professionnel de la santé ne peut fournir tout seul tous les soins requis. Nous ne pouvons faire face aux difficultés liées à nos responsabilités, qu'avec les compétences de nos collègues. Aucune discipline ne peut prétendre fournir une connaissance globale du client et de ses problèmes. *Ce que nous apprenons des autres professionnels, de leurs perceptions et de leurs expériences, dépasse de beaucoup ce que nous apprenons de notre profession* (Lauzon. Adam. 1998, p. 752 et 755). Il est essentiel que chaque membre de l'équipe interdisciplinaire soit capable de préciser en quoi sa discipline est importante pour la prise en soins des personnes âgées à domicile, que chacun soit conscient du rôle qu'il occupe. Il s'avère important d'avoir aussi le temps et l'espace pour partager nos sentiments et nos difficultés.

D'autre part, nous avons besoin d'être quittancés dans notre fonction, nos actions et nos sentiments. En ce qui me concerne, le plaisir que mon travail me procure dépend entre autres, de la reconnaissance de mes collègues, de mes supérieurs hiérarchiques, des clients. C'est grâce à cette reconnaissance que je trouve un sens à mes actions, à mes sentiments, que je suis capable de me concentrer sur les éléments que je peux influencer, que je suis en mesure de ne pas me sentir coupable vis-à-vis des éléments dont je n'ai pas le contrôle.

Donner du sens à sa vie dans le quotidien, c'est vivre éveillé l'instant présent, d'avoir un comportement cohérent entre nos compétences et nos convictions, entre notre vocation, notre mission, nos valeurs et nos projets, nos buts et nos rêves. (Poletti. Dobbs, 2002, p. 22).

Pour illustrer mes propos, voici le récit d'une situation où j'accompagnais une personne âgée à se projeter dans un éventuel déménagement en EMS. Cet accompagnement s'est déroulé pendant une année, à raison de deux rencontres par semaine.

Dans le cadre de nos rencontres, Mme P. exprimait le désir de rester à la maison, rêvait de mourir pendant son sommeil, son rêve entraînait en résonance avec mon propre désir. J'étais partagée entre le respect de son choix, c'est-à-dire, son droit à revendiquer son autonomie dans la prise de ses décisions et mon évaluation en tant que professionnelle. Mon évaluation montrait qu'un déménagement en institution était inévitable. Parce qu'elle ne pouvait plus accomplir seule, les actes de la vie quotidienne comme se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer. Sa sécurité nécessitait une surveillance quasi-permanente, son entourage était épuisé. Mme P. parlait de sa peur d'aller en maison de retraite, d'être abandonnée par son entourage, de devoir nouer des liens avec des nouvelles personnes, de partager sa chambre. Je compre-



© Archives Atelier Grand SA



nais ses peurs, parce qu'elles faisaient écho à mes propres peurs. Peur d'abandonner ma maison, de cesser mes activités habituelles, de m'éloigner de mon réseau. Peur de la perte de mon indépendance budgétaire, de devoir m'habituer à une vie communautaire avec ses contraintes, de devoir faire preuve d'adaptation pour m'intégrer dans un contexte si éloigné de mon cocon. Peur de perdre mon identité, peur de ne plus pouvoir faire des choix personnels, de ne plus maîtriser mon environnement.

Je lui parlais de mes inquiétudes : qu'elle fasse une chute, qu'elle se blesse gravement ou pire qu'elle meure seule sans pouvoir appeler à l'aide, que sa situation soit si dangereuse pour sa santé que je « devrais » prendre la décision d'un déménagement dans l'urgence, sans pouvoir choisir l'endroit où elle aimerait déménager, sans qu'elle puisse se préparer et faire ses adieux à sa maison. Je vivais cette contradiction : accompagner une personne dans une prise de décision, que je ne désirais pas pour moi-même.

Pour accompagner les personnes âgées et leur entourage dans la préparation à une éventuelle entrée en EMS, il est nécessaire de prendre

conscience de nos propres émotions. Il est important de comprendre la partie qui nous appartient pour ne pas la projeter sur notre interlocuteur. En reprenant mon récit, en analysant mes sentiments, j'ai pu identifier ce qui me donnait un sentiment de malaise. En lui avouant ma peur de devoir prendre la décision du placement, je m'attribuais le rôle de toute puissance en tant que soignante. Cette décision ne m'appartenait pas, c'était celle de Mme P. Parce que nous faisons partie de l'histoire, nous avons nos propres émotions.

Nous, soignants, ne sommes pas responsables des événements extérieurs qui nous touchent directement comme, l'état de santé des personnes très âgées, ou leurs difficultés. Par contre, nous sommes responsables de nos réactions face à ces faits et actions que nous accomplissons à savoir, assumer les conséquences de nos choix. La reconnaissance de nos limites nous aide à faire preuve d'autonomie, à prendre nos responsabilités, ce qui ne veut pas dire « faire cavalier seul ».

Je pense aussi que le travail interdisciplinaire, demande un questionnement régulier : Où en sommes nous ? D'où viennent nos difficultés ? Quelles règles de dialogue instaurons-nous dans notre équipe ? Pour répondre à ces questions, nous avons besoin d'espace et de temps. Ce sont ces conditions qui nous permettront de créer des plans d'intervention interdisciplinaires et des processus de soins structurés, de nous mobiliser au service d'un projet commun, d'obtenir une meilleure qualité de travail, une vision globale des situations et enfin d'offrir des prestations de qualité dans l'accompagnement des personnes âgées et leur famille dans la démarche d'un placement.

Conclusion

Je suis consciente que l'adaptation à la maison de retraite restera difficile même si les personnes âgées et leur famille ont été informées,

préparées au placement, même si elles ont fait le choix, même si l'EMS est idéal.

Chacun réagit comme il peut, en fonction de sa personnalité et de ses potentialités restantes. J'ai l'espoir que ma réflexion sur l'accompagnement des personnes âgées dans la démarche de déménagement, apporte quelques éléments de réponse aux membres de l'équipe du CMS d'Epalinges. Même si le placement s'effectue en urgence (suite à des chutes) ou depuis l'hôpital, j'espère que le déracinement et l'adaptation au nouveau lieu de vie seront plus faciles à surmonter, pour les personnes âgées, pour leur famille et pour l'équipe soignante.

Comme j'ai pu le constater au cours de plusieurs journées d'observation en EMS, que celui-ci peut représenter un lieu privilégié pour la poursuite de l'existence de certaines personnes âgées. Il leur garantit le confort, la sécurité, le respect de la dignité et de l'autonomie

individuelle. Je suis consciente que pour d'autres, malgré les efforts déployés par les soignants, le désir de vivre s'évanouit peu à peu. Seule une attente de la mort paraît être leur refuge. Dans ces situations, il me paraît fondamental que nous, soignants, soyons attentifs, respectueux, à l'écoute des sentiments des personnes âgées et de leur famille.

Forte de ses besoins et de ses ressources, quoi que souvent ralentie par les outrages du temps, la personne âgée poursuit résolument le voyage de la vie, une belle aventure... Et, en tant que professionnelle de la santé chargée de veiller au bien-être de la personne âgée, l'infirmière est souvent du voyage pour aider à franchir certaines étapes difficiles (Lauzon & Adam, 1996, p.9).

Louisa Zurcher

Etudiante PRIGG, Programme des Pratiques Interdisciplinaires en Gériologie-Gériatrie – 4ème module de formation

ELS+ La Source
Haute Ecole de la Santé

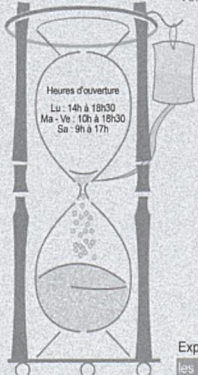
Le mal du temps, ça se soigne !
FORUM DE L'HÔTEL DE VILLE DE LAUSANNE
Du 16 au 26 novembre 2005

Vernissage, le 17 novembre dès 18h

Heures d'ouverture
Lu : 14h à 18h30
Ma - Ve : 10h à 18h30
Sa : 9h à 17h

A vos agendas ...

Exposition organisée par
les Hautes Ecoles de la Santé La Source - Bois-Cerf



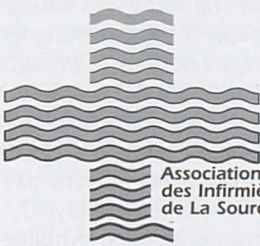

Association des Infirmières de La Source

La Source crée des liens

L'Association les maintient

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

Avenue Vinet 31 1004 Lausanne
021 648 71 61



gestion des absences : aller au-delà des chiffres

Actuellement, je suis en formation post-diplôme en santé communautaire : option santé et sécurité au travail. Dans mon entreprise, je tente de mener un projet inhérent à la gestion des absences.

Je travaille, en tant qu'infirmière santé et sécurité au travail, dans une association d'aide et soins à domicile qui occupe environ 200 collaboratrices¹. Au sein de cette association différentes professions sont représentées à savoir : infirmières, aides-familiales, auxiliaires de santé, ergothérapeutes, assistantes sociales, personnel administratif et de l'intendance ainsi que livreurs-repas.

Nous avons constaté que le taux des absences a tendance à augmenter cependant nous ne sommes pas en mesure d'en ressortir une éventuelle problématique puisque la nature des absences n'est pas précisée (notamment pour les grossesses).

L'absentéisme est un sujet qui préoccupe les différents managers de toutes les entreprises. Pour ces responsables il s'agit d'endiguer l'inflation des chiffres, au nom de la productivité et à coup de mesures à mettre en place. Alors que faire ? Interpréter les chiffres de manière basique ? Fixer un pourcentage à ne pas dépasser en mettant en place des moyens pas toujours évidents à gérer par les employés ?

Heureusement, l'entreprise qui m'emploie a un réel souci de considérer la problématique avec plus d'humanité en se rendant proche des collaboratrices. Ce n'est pas tant l'indicateur relatif à l'absentéisme qui sera mis en exergue mais bel et bien l'absence de l'employé.

Ma formation m'a permis d'évoluer dans mes réflexions. Dans un premier temps, je me suis penchée sur les problématiques inhérentes aux troubles musculo-squelettiques dont souffrent nos collaboratrices, plus spécifiquement les

auxiliaires de santé. Le fait est qu'un certain nombre a déjà enduré des problèmes de dos qui sont en lien direct avec la pénibilité de leur travail. Par la suite, mes recherches et ma pratique professionnelle m'ont également permis de constater que certaines de nos collaboratrices souffrent de maladies chroniques telles que : maladie de Crohn, fibromyalgie, allergies diverses, etc. Ainsi j'ai découvert une nouvelle réalité qui consiste à assumer une fonction tout en vivant avec une maladie chronique parfois évolutive voire handicapante. Habituellement si on est malade, on ne travaille pas, alors ceci ne peut pas s'appliquer durablement à ces personnes. Avoir du travail permet une intégration dans notre société, puisqu'il représente un point névralgique dans la promotion de la santé. Toutefois un travail exigeant, pénible, non-reconnu peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'employé.

Dès lors, j'ai estimé intéressant de ressortir les différents facteurs de risque qui peuvent accroître l'absentéisme dans l'entreprise qui m'emploie :

***l'âge :** « On observe, avec l'âge, une double tendance : une certaine réduction de la fréquence des absences maladie et une augmentation de la gravité, le total des jours perdus pour maladie s'accroissant nettement au cours des années ».* Plus de la moitié de nos collaboratrices ont plus de 40 ans. Et plus spécifiquement plus du quart de nos collaboratrices ont plus de 50 ans. Ce n'est pas tant la fréquence des absences qui va augmenter mais bel et bien la durée de celle-ci. D'autres études montrent que les contraintes de travail sont perçues très différemment en fonction des âges. « Pour les femmes de 52 ans,

¹ Terme volontairement mis au féminin, tant la représentation masculine est infime

² Médecine du travail, P. Rey, éd. Médecine et Hygiène, 1991, p.67

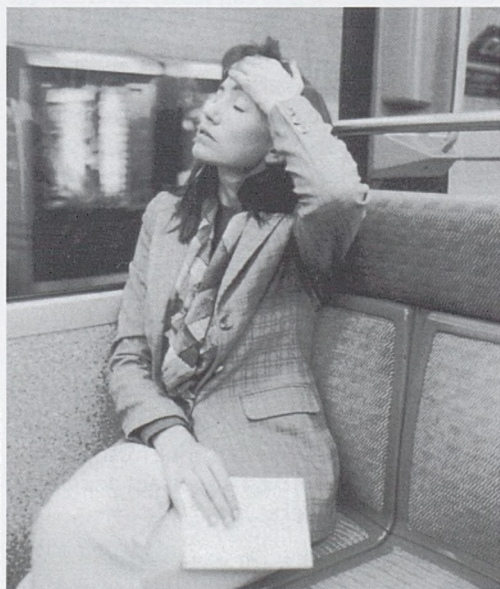
elles sont 67,1 % à ressentir une pénibilité physique alors qu'elles ne sont que 60,1 % à 47 ans ou 51,8 % à 37 ans.»³

■ **le sexe:** Même si le travail est ressenti particulièrement plus pénible pour les hommes que pour les femmes, celles-ci ont le plus souvent tendance à s'absenter de leur lieu de travail en cas de maladie de leurs enfants. Nous savons aussi que le cumul de l'activité professionnelle et des tâches domestiques est encore régulièrement relégué aux femmes. Même en menant une activité professionnelle à temps partiel si l'on tient compte des tâches et responsabilités familiales qui leur incombent les femmes travaillent jusqu'à plus de 60 heures de travail par semaine. Les femmes qui placent leur carrière professionnelle en second plan pour se consacrer aux joies de la maternité quant à elles se mettent en situation de précarité. Pour concilier vie familiale et professionnelle elles privilégient une activité à temps partiel ou cessent carrément toute activité lucrative durant la période de croissance de leurs

enfants. Il s'avère alors très difficile pour elles d'avoir un niveau de formation et d'expérience élevé, et même de trouver un emploi qui réponde à leurs aspirations.

■ En Suisse, la grande majorité des familles monoparentales est soutenue par des femmes. L'application future d'une assurance-maternité en Suisse nous permet d'espérer une amélioration des conditions de travail de la femme en âge de procréation. En effet, ces dernières seront en mesure de prendre le temps (16 semaines) de s'arrêter après un accouchement sans être préoccupées par des soucis de revenu. Elles pourront également de manière plus aisée maintenir une activité professionnelle.

■ **le régime salarial:** Deux cas de figure: personnel horaire et mensualisé. Une grande majorité de nos collaboratrices sont payées à l'heure. Pour bon nombre de femmes occupées chez nous les conditions d'un tel engagement offrent des perspectives intéressantes tels que concilier aisément les obligations familiales tout en maintenant une activité professionnelle, faire part de leurs préférences en tant que jours de travail et de repos. Ces collaboratrices n'ont pas l'obligation de venir travailler si elles ne le désirent pas et leurs souhaits de vacances ne peuvent leur être refusés. Par contre, l'employeur n'est pas tenu d'assurer un minimum de travail. Lors d'une reprise de travail à temps partiel après un arrêt maladie, il est très difficile de fixer un cadre précis car c'est au bon vouloir de l'employeur. Le travail horaire nécessite une certaine flexibilité de la part de la collaboratrice puisqu'il se fait en fonction du besoin du service. Ainsi certaines périodes étant plus chargées que d'autres, le revenu quant à lui sera plus ou moins régulier. Pour la collaboratrice cela requiert une



© Archives Atelier Grand SA

³ Age, travail, santé, Etudes sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, Enquête ESTEV 1990, F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff, éd. Inserm, p.106

gestion personnelle conséquente soit un calcul constant de son revenu à venir, une capacité d'autonomie et de caractère afin de rester maître de la gestion de son temps. Certaines d'entre elles sont parfois chargées de famille ou le deviennent au gré de leur vécu alors de telles conditions d'emploi sont très anxiogènes.

■ **le niveau de formation :** Le niveau de formation, voire d'instruction, a des incidences très claires sur la relation que peut entretenir l'employée avec l'entreprise. « *Trop peu de responsabilité provoque des réactions négatives telles que l'absentéisme mais trop de responsabilité a le même effet* »⁴. Le niveau de responsabilité détermine également le pouvoir décisionnel de changement dans une entreprise. Cette notion amène souvent beaucoup de personnes moins formées à se sentir peu concernées pour la marche de l'entreprise.

■ **la taille de l'entreprise :** La dimension d'une entreprise va également influencer sur les absences des collaborateurs. Une grande entreprise va favoriser un plus grand anonymat et peut désinvestir le collaborateur. Se sentir reconnu par les supérieurs hiérarchiques invite les personnes à s'ouvrir, à être plus attentives aux conditions et au climat de travail.

Les différents points abordés nous montrent que toute gestion des absences implique les divers acteurs d'une institution. Une erreur serait de se cloisonner dans les fonctions respectives où chacun reste cantonné dans son rôle et pense détenir la clé de la solution en terme d'absentéisme.

Alors qu'envisager ? Qu'est-ce qu'une entreprise peut mettre en place ? Il est important de trouver des réponses adéquates pouvant convenir à tous.

Un moyen qui pourrait être retenu serait de se

pencher exclusivement sur les facteurs de risques en les diminuant drastiquement. De quelle manière ? En ne choisissant que de jeunes collaboratrices dispensées de toute charge familiale, en leur mettant une pression suffisante pour qu'elles ne changent surtout pas de statut. Ne faire dire aux chiffres que ce nous avons envie de proclamer à savoir : l'augmentation des absences est due aux maternités, à un désintérêt conscient du collaborateur. Bien entendu cette solution radicale s'avérerait efficace uniquement à court terme.

C'est indéniable, l'absentéisme dénote une souffrance au travail. Il est important de la reconnaître, de l'identifier et de mettre en oeuvre tous les moyens pour l'atténuer. Or le contexte économique actuel, si tributaire des finances ne favorise pas vraiment une réflexion humaine. J'estime qu'il est important de reconnaître les raisons de l'absence du collaborateur puisque tout le monde y gagne à long terme. La loi protège le travailleur et ne l'oblige en aucun cas à révéler ses soucis de santé ou les raisons de son absence. Il est donc fondamental de travailler sur la confiance de chacun, de permettre aux collaborateurs de trouver des ressources au sein de l'entreprise.

Le modèle participatif peut s'avérer une solution avantageuse, car il permet d'utiliser les nombreuses ressources internes sans faire appel à des propositions extérieures souvent coûteuses.

Lorsqu'une collaboratrice est en arrêt maladie longue durée il est nécessaire de tenir compte de plusieurs points tels que :

- sa vision du travail : quelle place prend-elle dans son existence ?
- les raisons de l'absence : qu'est-ce qui pousse la collaboratrice à s'absenter souvent ou aussi longtemps ? (la personne n'est pas obligée d'y répondre) Il est important de créer un climat de confiance

⁴ Médecine du travail, P. Rey, éd. Médecine et Hygiène, 1991, p.73

- les propositions de l'employeur: la collaboratrice peut-elle reprendre rapidement son travail avec des conditions allégées?
- le conseil du médecin-traitant: avec l'accord de la collaboratrice afin de permettre une reprise rapide du travail et dans les meilleures dispositions
- les conditions de reprise: la collaboratrice se sent-elle suffisamment en confiance pour en parler avec sa responsable? Il s'agit de préparer sa reprise dans les meilleures conditions possibles
- l'accompagnement dans les démarches: il est essentiel d'offrir un soutien à la collaboratrice qui se situe dans une étape de vie particulièrement délicate

Actuellement le fonctionnement de notre entreprise est tributaire des réalités économiques. Le travail ne cesse d'augmenter alors que les effectifs ne suivent pas toujours. Les coupes budgétaires cantonales ont souvent des répercussions sensibles dans notre propre budget. Cette année, le canton de Vaud a décidé de «s'attaquer» aux budgets des hôpitaux et EMS. Il n'est pas possible de prédire les répercussions que cela pourrait avoir sur notre charge de travail. Cependant nous pouvons tout de même imaginer que les séjours hospitaliers risquent bien de raccourcir, les listes d'attente dans les EMS de s'allonger. Dès lors, le travail à domicile consistera à donner des soins plus aigus, plus lourds. Il en résultera une augmentation de la charge de travail avec comme incidence une majoration probable de la pénibilité et de la souffrance voire de l'absentéisme quand on sait que *«le travail représente une charge physiologique et une astreinte mentale auxquelles l'individu, selon ses propres critères d'appréciation, peut choisir, si elles lui paraissent trop lourdes, de répondre par l'absentéisme.»*⁵

Ces constations nécessitent une remise en question sur la manière de fonctionner individuellement et institutionnellement. Cela passe par la responsabilisation de chaque acteur ins-

titutionnel. Il s'agit de se poser la question de la somme des exigences en péréquation avec les capacités de supporter les charges supplémentaires. Il convient de pouvoir toujours offrir des services de qualité auprès de la population ainsi qu'une protection optimale de la santé des collaboratrices. Un réel challenge pour une équipe de management qui a pour mission d'utiliser toutes les forces de l'entreprise en tenant compte des difficultés présentes.

En tant qu'infirmière de santé et sécurité au travail, il est impératif de créer une réelle interface avec les responsables d'équipe. Pour cela il convient de définir clairement le rôle et l'intervention de chacun dans l'accompagnement de toute collaboratrice atteinte dans sa santé.

*En matière de gestion promotionnelle de la santé, il est indispensable que le spécialiste des ressources humaines ou le cadre ne fasse pas de confusion de rôle, notamment entre les aspects de gestion et de prise en charge sociale ou psychologique, faute de quoi il risque de se retrouver dans des situations inextricables où toutes les parties sont perdantes, ceci même si sa formation de base lui en donne la compétence.*⁶

Une gestion efficace des absences tend à la diminution de leur fréquence et de leur durée. Il est donc crucial d'agir en amont avant que ne s'installe la souffrance qui pousse à l'éloignement du travail. Cela passe impérativement par une promotion de la santé des collaborateurs et non par une gestion de la maladie.

Cosette Overney

Etudiante PRISC, Pratique Interdisciplinaire en Santé Communautaire
Option «Santé et sécurité au travail» – Février 05

⁵ Médecine du travail, P. Rey, éd. Médecine et Hygiène, 1991, p.73

⁶ Manager la santé dans l'entreprise, 2ème édition revue et augmenté, Petit guide à l'usage des chefs d'entreprise, des cadres, des responsables des ressources humaines, des professionnels de la santé et du domaine psychosocial, et de tout collaborateur soucieux de «ménager» sa santé, G. Künzi et Dr J.-Ch. Rielle, ed. Carrefour Prévention Genève, p.125

Cette page de l'Association est un espace de vie, de liberté. A nous, Sourciennes et Sourciens, de la rendre vivante, utile et interactive. Vous le pouvez en participant à la rubrique :

« Alors, raconte ! »

ouverte à chacune et chacun d'entre nous.

Vos expériences, vos moments forts dans l'exercice de votre profession, vos anecdotes, vos souvenirs sont précieux. N'hésitez pas et à vos plumes sans tarder. Nous sommes persuadées que bien des bijoux et perles sommeillent dans chacune et chacun d'entre vous. Il suffit de les réveiller !

Merci d'adresser vos textes à la Présidente centrale qui les fera suivre à la rédaction.

« *Le Don qui nous a été fait, c'est la vie, non la bonne vie. La bonne vie, à nous de la faire.* »

C.-F. Ramuz

Nous allons suivre cette sage pensée de notre écrivain-poète vaudois et vous proposer des dates incontournables pour maintenir les liens d'amitié si nécessaires à notre vie associative :

Jeudi 26 mai 2005 à 14h30

- Assemblée générale de l'Association à l'Espace Fréminet, Ecole La Source .
- Réunion des responsables de groupes dès 10h30 au foyer.

Au terme de l'Assemblée, une étudiante de 3^e année nous fera partager son expérience et son vécu lors de son stage aux Caraïbes auprès d'enfants et de leurs mères.

Cette année 2005 l'OMS a choisi le slogan « *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* »

Mardi 14 juin 2005

Sortie d'une journée en car au Saut-du-Doubs

Magnifique promenade par la Vue des Alpes au Saut-du-Doubs. Embarquement sur le bateau à Villiers-le-Lac, repas à bord et visite de la chute. Retour par Pontarlier, etc. Les détails seront sur la convocation à l'Assemblée générale.

Du lundi 12 au vendredi 16 septembre 2005 notre traditionnel voyage, le 17^e

Vous rêvez d'air marin, de beaux paysages ? Alors vous serez comblés !

Nous irons dans le sud ouest de la France et nous logerons sur le sol espagnol, sur le sable d'une superbe plage dans la belle région de Rosas (à environ 30m' de Perpignan).

La Côte Vermeille, Collioure, son église et son château, Cadaqués en bateau sur la mer, le musée Dali à Figueras ainsi qu'un petit train touristique pour admirer les hauteurs de Rosas. Voilà de quoi vous donner une envie « irrésistible » d'y participer !

Le prix oscillera suivant le nombre de participants entre Frs. 700.- et 740.- tout compris, pension complète. Les détails seront également sur la convocation à l'Assemblée générale.

Nous remercions ici toutes les responsables de groupes en Suisse qui, inlassablement, maintiennent ce lien indispensable à la vie de notre Association. Bravo et merci !

Elle n'est pas bonne, la Vie ? ! ?

Huguette Muller
Présidente

Cagna
FLEURS

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



Livraisons à domicile

Service Fleurop-Interflora dans le monde entier

Nos fleurs sont également en vente à la Clinique La Source

Inscription au Journal Source

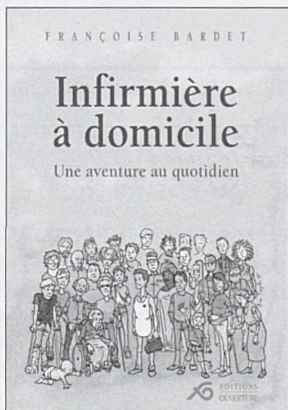
Une inscription au Journal Source est désormais possible par Internet sous www.ecolelasource.ch, rubrique « Publications ».

Inscrivez-vous vite !

EDITIONS OUVERTURE

D E R N I È R E P A R U T I O N
Diffusion Ouverture, CP 13, 1052 Le Mont, Tél. 021 652 16 77, Fax 021 652 99 02, E-mail: ouverture@bluewin.ch

Extrait de l'avant-propos de Rosette Poletti



Voici des pages qui décrivent avec passion, amour et humour des souvenirs de la vie d'une infirmière de santé publique : elles méritent d'être lues par beaucoup. Elles témoignent de moments intenses, drôles, qui font le quotidien de tous ceux qui choisissent cette profession d'infirmière si difficile et si passionnante, qui peut se résumer en 3 mots :

Présence – Compétence – Compassion.

Rosette Poletti
Extrait du liminaire

Un livre de 368 pages au format A5, 9 illustrations d'Olivier Meystre. Souscription jusqu'au 30 avril 2005: Fr. 27.–. Après: Fr. 35.– (+ forfait unique par expédition pour la Suisse, quel que soit le nombre de titres: Fr. 6.–)

Hommage à Marie-Françoise Collière

En cette fin du mois de janvier 2005, Marie-Françoise Collière nous a quittés. Ceux qui se sont nourris, enrichis de sa philosophie de soins se sentent probablement quelque peu orphelins. Un proverbe arabe me paraît fort à propos pour résumer sa vie *« Un maître n'est pas quelqu'un qui enseigne. Un maître est quelqu'un qui ouvre la pensée. »*

A l'aube de sa mort, Marie-Françoise Collière nous livre en quelque sorte ses dernières volontés. Ses propos ont suscité des réactions plus ou moins vives dans les milieux de soins. En cela, je soulignerai que son message a eu l'impact souhaité puisqu'il a été une invitation à la parole. En ce qui me concerne, son ultime pensée est porteuse de ses convictions, de ses valeurs... Ses derniers propos qui l'ont guidée jusqu'aux portes de la mort, me semble-t-il sont la traduction même de ce qu'elle a expérimenté, de ce en quoi elle a cru toute sa vie durant, de sa lutte pour se rendre proche des gens, de découvrir ce qui fait sens et ce qui donne sens'...

C'est comme ci sa dernière étape de vie marquée par la maladie avait été une expérience intime au service même de ses idées et de ses perceptions...

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice

Message aux infirmiers, infirmières, étudiants infirmiers

Sachez que j'ai pu, par mon expérience de vie me conduisant jusqu'à la mort, constater qu'il suffit d'une rupture comportementale ou gestuelle dans la continuité des soins, pour que toute la qualité du travail d'une équipe soit détruite.

Il suffit d'un « mouton noir » pour que la fragilité de celui qui quitte la vie soit confrontée au désarroi, voire au désespoir le plus abrupt.

Les meilleures compétences techniques professionnelles sont annulées par la rupture du respect interpersonnel et prive la personne soignée de parole pour se défendre, car apparaissent alors les réalités des représailles et de la persécution dans les soins.

A chacun, je demande de se centrer sur les forces de vie, sur la mobilisation des ressources vitales, dans le respect de l'individu et de l'humanité, pour promouvoir les soins et promouvoir la vie.

Marie-Françoise Collière

(sa parole écrite par Annie DENAYROLLES, le 22 janvier 2005)

1 Collière MF, 1996, Soigner... Le premier art de la vie, Paris Masson p 157

Décès

Suzanne Benoit (volée 1934) décédée le 26 novembre 2004

Madeleine Saussaz-Charpié (volée 1945) décédée le 15 décembre 2004

Alice Potterat-Kurth (volée 1944) décédée le 3 janvier 2005

Pierrette Ruedi (volée 1948) décédée le 4 janvier 2005

Odette Schneider-Steimer (volée 1933) décédée le 17 février 2005

Toute notre sympathie aux familles dans le deuil.

Naissances

Chloé, Marie, née le 14 octobre 2004, pour la grande joie de ses parents Muriel (volée 1988.09) et Eric Heiniger-Wassenberg

Adrien, Léon, né le 5 décembre 2004, pour la grande joie de ses parents Sandra (enseignante à L'Ecole) et Mario Desmedt-Gaillard

Auriane, Thaïs, née le 19 décembre 2004, pour la grande joie de ses parents Jasmine (volée 1996.04) Baer-Juillerat

Toutes nos félicitations aux heureux parents.

Nouvelles adresses

Rachel Estulez
Rte de Frontenex 44
1207 GENEVE

Catherine Fontannaz-Reverdin
Av. Reller 38
1804 CORSIER-SUR-VEVEY

Myriam Frei
Av. Floréal 10
1006 LAUSANNE

Mary-Lise Kistler-Piot
Zürcherstr. 88
8640 RAPPERSWIL

Mathilde Masson-Faure
Av. Général-Guisan 58 B
1009 PULLY

Kim Perakis
c/o Véronique Aenishenslin
Ch. de Chandieu 27
1006 LAUSANNE

Françoise Perusset-Chappuis
Rue du Lac 12
1007 LAUSANNE

Martine Pittet-Cattin
Les Neyres
Ch. des Louets 10
1868 COLLOMBEY

Martine Rossel
Les Combettes
1357 LIGNEROLLES

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Walter Hesbeen, Phyllis Wieringa.

Responsables de la parution

Christiane Augsburg, directrice.
Alexia Stantzios, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice.

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

Abonnement

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

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

Directrice

Christiane Augsburg

Clinique

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

Directeur général

Michel R. Walther

Directeur des Soins Infirmiers

Pierre Weissenbach

Association des infirmières

Présidente

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

Trésorière

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

ISSN 1660-8755

J A B
1052 Le Mont

PP/Journal
CH-1052 Le Mont

A temps plein ou à temps partiel

Formation d'infirmier et infirmière HES



**Vous souhaitez
vous informer sur:**

- La profession d'infirmier/ère
- La formation à plein temps, entrée en octobre
- Les conditions d'admission
- La formation à temps partiel, (50% ou 75%) entrée en mars 2006

**Séances d'information en 2005
à l'Ecole la Source**

Mercredi	16 mars	16h-17h30
Mercredi	27 avril	17h-18h30
Mercredi	25 mai	16h-17h30
Mercredi	15 juin	17h-18h30
Mercredi	6 juillet	16h-17h30
Mercredi	17 août	17h-18h30
Mercredi	28 septembre	16h-17h30
Mercredi	26 octobre	17h-18h30
Mercredi	7 décembre	16h-17h30

ELC+ La Source
Haute Ecole de la Santé

Av. Vinet 30 - 1004 Lausanne
Tél. 021 641 38 00
www.ecolelasource.ch

Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

la santé de la mère et de l'enfant





éditorial

la santé de la mère et de l'enfant	3
------------------------------------	---

nouvelles de l'école

7 avril 05 – journée mondiale de la Santé	4
un programme unique de formation à temps partiel d'infirmière ou d'infirmier HES	5
entrée HES-S2, mars 2005, formation à temps partiel	6
diplômés mars 2005 et leurs travaux	6
ouverture sur Forum	8
présentation du livre de Denise Francillon	12

nouvelles de l'institut

rencontres internationales	13
----------------------------	----

nouvelles de la clinique

le Centre d'urgences médico-chirurgicales	14
---	----

dossier: la santé de la mère et de l'enfant

la santé de la mère et l'enfant dans la Région européenne de l'OMS: problèmes et voie à suivre pour y remédier	17
la santé des enfants dans la Région européennes de l'OMS	21
souvenirs d'Afrique	24
7 avril – Journée mondiale de la Santé – OMS	
«Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »	28
destination Québec...	31
la maternité en déclin	34

association

assemblée générale du jeudi 26 mai 2005	37
---	----

faire-part

hommage à Jeanne de Trey	39
décès	39
nouvelles adresses	39

Impression et composition: Atelier Grand SA, 1052 Le Mont
Maquette: Emmanuel Siegfried

la santé de la mère et de l'enfant

La journée mondiale de la santé de cette année 2005, a été consacrée à la santé de la mère, des nouveau-nés et des enfants.

Cette journée a été porteuse d'espoir: «toutes les sociétés seront en meilleures santé et plus productives si nous agissons aujourd'hui pour donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant». Chacun de nous doit mener des actions pour préserver la vie et la santé de ces membres précieux d'une société que sont les mères et les enfants.

Je vous rappelle en quelques lignes dans quelles conditions cette journée a été créée.

En 1948, la première assemblée mondiale de la santé a demandé la création d'une journée mondiale de la santé et, elle est depuis célébrée le 07 avril de chaque année. L'objectif de cette journée particulière est d'attirer l'attention et de sensibiliser le plus grand nombre de personnes possibles sur un thème précis considéré comme primordial par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). C'est l'occasion d'inciter à agir les gouvernements, les bailleurs de fonds internationaux, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, les médias, les groupes communautaires et tout un chacun.

De nos jours, il est difficilement acceptable de penser que des mères et des enfants souffrent et meurent inutilement. Alors qu'il est tout à fait possible d'alléger leur souffrance et de les guérir. Nous savons pertinemment ce qu'il faut faire pour les sauver et apporter du bien-être, mais hélas la situation ne s'améliore guère dans le monde. C'est ce que désire dénoncer la journée mondiale de la santé sur le thème de la santé des mères et des enfants.

Les points importants à retenir de cette mobilisation sont:

- Trop de mères et d'enfants souffrent et meurent chaque année.
- La vraie richesse des sociétés, ce sont des mères et des enfants en bonne santé.
- Nous disposons maintenant de connaissances et de moyens permettant d'éviter et de réduire les souffrances. Mais pour réellement changer les choses, il faut que ces connaissances et ces moyens deviennent accessibles à toutes les mères et à tous les enfants à travers le monde entier.

Le rapport sur la santé dans le monde 2005 fait le point sur les progrès inégaux réalisés jusqu'au ici dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Il préconise des stratégies pour faire sans tarder les progrès que l'on sait accessibles et possibles. Le rapport met en avant que plus de 6 millions d'enfants pourraient être sauvés chaque année moyennant un petit nombre d'interventions préventives et curatives comme les vaccins et les traitements basiques de certaines maladies. Mais il faut aussi comprendre l'utilité de bons soins à domicile comme l'alimentation et l'hygiène.

Au travers de ce journal «printemps 2005», nous avons voulu donner la parole à différentes personnes sensibles à ce sujet: des étudiantes parties au Québec et en Afrique, des enseignantes travaillant depuis de nombreuses années auprès d'enfants et de leur mères. Nous avons aussi choisi de publier deux rapports de l'OMS sur la santé de la mère et de l'enfant dans la région européenne afin de nous rappeler que cette problématique ne touche pas uniquement les pays en voie de développement ou dits du SUD.

Je vous souhaite une lecture attentive et stimulante, vous mobilisant chacun dans votre quotidien personnel et professionnel.

Alexia Stantzios

Rédactrice Journal La Source

7 avril 05 – journée mondiale de la Santé

À l'occasion de la journée mondiale de la Santé – 7 avril 05. Exposition sur «donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant» à la Haute Ecole de la Santé La Source.

Le cours inhérent à l'axe santé communautaire de 1^{re} année (formation HES) a pour intention pédagogique d'approcher l'Organisation Mondiale de la Santé en tant qu'institution et de permettre aux étudiants de découvrir son rôle dans les politiques de la santé au niveau national et international. Un focus particulier est réalisé sur les soins de santé primaire prônés par la conférence d'Alma Alta en 1976.

souffrent et meurent chaque année», «la vraie richesse des sociétés ce sont des mères et des enfants en bonne santé», «nous en savons suffisamment aujourd'hui pour sauver des millions de vies». Le défi consiste à mettre ce savoir en pratique, «pour changer le cours des choses, nous devons faire cause commune et agir. Ensemble, nous pouvons réussir. Chacun de nous a un rôle à jouer.»

D'autres groupes se sont intéressés à présenter l'OMS et quelques thématiques des journées mondiales antérieures. Enfin un dernier groupe s'est chargé d'évaluer l'impact de leur exposition sur les étudiants et les enseignants qui gravitent à l'école La Source.

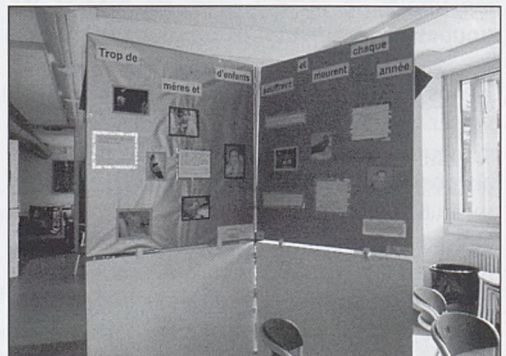
Les panneaux dévoilent sans aucun détour le contraste entre richesse, précarité, besoins et ressources mettant ainsi en évidence les disparités. Ils proposent aussi quelques pistes de réflexion et d'actions en vue d'améliorer les conditions de vie de la mère et de l'enfant.

Le message porteur de cette exposition est de montrer combien chacun peut être participatif en s'engageant avec les moyens à disposition.

Simone Henzi et Philippe Pahud
Professeurs HES

Dans le cadre de cet enseignement, les étudiants ont l'opportunité de réaliser une exposition ayant pour objet la journée mondiale de la santé mise sur pied par l'OMS. Grâce à cette expérience les étudiants sont amenés à rechercher des données sur le site Internet de l'OMS, à réfléchir à la thématique retenue et à s'engager ainsi dans le projet collectif suscité par l'OMS.

Les étudiants répartis en divers groupes et thématiques ont fait preuve de créativité, de réflexion autour des quatre messages retenus par l'OMS à savoir: «trop de mère et d'enfants



un programme unique de formation à *temps partiel* d'infirmière ou d'infirmier HES

Désormais, il est possible d'obtenir le diplôme d'infirmière ou d'infirmier HES en suivant une formation à temps partiel.

Dès le 14 mars 2005, la Haute Ecole de la Santé La Source offre cette possibilité avec un nouveau programme de formation à 50% ou 75%. C'est la seule formation de ce type actuellement offerte en Suisse romande; elle débute en mars, alors que l'entrée d'octobre concerne le programme à plein temps. Elle s'adresse à tout adulte qui souhaite orienter ou réorienter sa vie personnelle et professionnelle dans cette direction.

Ce programme de formation est particulièrement souple afin de pouvoir s'adapter au temps dont dispose les candidats. Il peut être suivi sur un temps partiel de 50% ou de 75%, ce pourcentage pouvant varier d'une période à l'autre. Si les candidats souhaitent terminer plus rapidement leur formation en cours de route, il leur est possible de rejoindre le programme de formation à plein temps.

Cette formation à temps partiel permet d'obtenir le diplôme HES d'infirmière ou d'infirmier sur la base des mêmes exigences d'admission que la formation à plein temps. Elle s'adresse par exemple à des femmes qui ont arrêté de travailler pendant quelques années ou à des personnes qui souhaitent entreprendre une nouvelle formation donnant accès à un marché porteur d'emplois. Les enquêtes réalisées en Suisse et en Belgique montrent que les programmes à temps partiel, dans différentes formations professionnelles, intéressent des per-

sonnes qui souhaitent continuer d'avoir une vie de famille à côté de leur formation ou ont besoin de travailler parallèlement.

L'organisation du programme repose sur une pédagogie d'adulte, avec un suivi et un accompagnement personnalisé assurés par des formateurs expérimentés. Grâce au travail en réseau de la HES La Source, il offre une combinaison souple de cours et de séminaires à Lausanne et de stages dans les lieux les plus proches du domicile des candidats.

Une vingtaine de personnes compose la première volée qui a commencé sa formation à la HES La Source en mars 2005. Certaines d'entre elles sont disposées à témoigner des raisons qui les ont conduites à entamer cette formation d'infirmière ou d'infirmier à temps partiel.

Pour tout renseignement complémentaire:

Christiane Augsburg, directrice de la HES La Source, tél. 021 641 38 00.

Catherine Nicolas, responsable de formation (c.nicolas@ecolelasource.ch) ou

Françoise Dumazy, responsable des admissions (f.dumazy@ecolelasource.ch)

www.ecolelasource.ch

entrée HES-S2, mars 2005, formation à temps partiel

Bomfim Gilliland Silvana; Chanson Danaé; Chaperon Marie-Anne; Da Costa Mahal; De Felicis Laura; Etamba Jeannette Marie; Henchoz Monique; Kaboka Tshikambu Marie-Josée; Mantato Sebastiao Kiala; Mbessa Fogang Anastasie La Blanche; Michaud Pascal; Nein Géraldine; Pistis Rina; Pouly Véronique; Widmer Sandra.



© Archives ELS



© Archives ELS

diplômés mars 2005 et leurs travaux

- *Gestion du stress chez les soignants lors de situations de violences en psychiatrie*
FIECHTER Carole
- *Résistance à fumer: l'adolescent face à des pairs fumeurs*
COSENDAI Florence
- *L'influence des valeurs personnelles de l'infirmier lors d'un refus transfusionnel exprimé par un témoin de Jéhovah*
HERRERO Michael
- *L'adaptation des parents face à leur nouveau rôle dans la prise en charge de leur enfant diabétique: quelle place a le rôle infirmier?*
CHAFFARD Delphine
- *Le stress des étudiants en soins infirmiers, lié à la nécessité d'exercer une activité lucrative en parallèle à la formation: fatalité ou complexité à vivre?*
COLEMAN Corinne
- *Santé scolaire et prévention de la violence*
ESSELBORN Cecilia

- *L'obésité: un enjeu de poids lors du développement de l'adolescent.*
GHARBI Yasmin
- *L'accouchement... et la présence des pères lors de cet événement.*
GISIMONDO Cécile
- *L'autonomie: un critère de choix pour les infirmiers afin de promouvoir la santé mentale des adolescents.*
GROZ Alexandra
- *La non compliance des patients souffrant de maladies chroniques physiques.*
HEDIGER Adeline Umulisa
- *Etre ou ne pas être professionnel face à la violence induite par les soins en psychiatrie, telle est la question.*
HUBER Vanessa
- *Rire est le propre du soignant.*
LOUIS Stéphanie
- *L'échec de la procréation médicalement assistée.*
MONZIES Catherine
- *Le rôle infirmier de soutien psychosocial auprès des requérants d'asile.*
PEISSARD Corine
- *L'interdisciplinarité, oui mais...*
PETERMANN Astrid
- *Partage du projet de soins entre soignants et soignés.*
PITTET Mélanie
- *La résilience, un défi pour les soignants.*
RANDIN Delphine
- *Le sentiment de honte vécu par les parents d'enfants handicapés.*
RIBEIRO BASTOS Marlène
- *Perdre un parent à l'adolescence.*
RICHARD Claire
- *D'élève à étudiant, puis infirmier, un chemin coloré...*
ROCHAT Karen
- *Education au patient hypertendu.*
RODRIGO Julia
- *Urgences, violence: hôpital qui mal y pense.*
SCHENK Mathurin
- *La santé mentale face aux conditions psychosociales du travail.*
TORRIANI Elena
- *Que pense l'adolescent de l'influence du groupe de pairs sur sa consommation d'alcool.*
TRIPET Aline
- *Quel rôle de prévention l'infirmière scolaire se donne-t-elle face à l'obésité de l'enfant de 6 à 10 ans.*
DVORAK Caroline
- *Le toucher soin.*
GERZNER Chaibia
- *L'influence des expériences professionnelles des aides-soignantes sur leur «Prendre soin auprès des résidents des Etablissements médico-sociaux».*
HANSFORD Marina
- *Emotions et besoins des mères lors de l'hospitalisation de leur enfant.*
MUSY Crystel
- *L'adolescent en surpoids et promotion de la santé.*
PILLET Séverine

ouverture sur Forum

Dans sa mission, la Haute Ecole de la Santé La Source privilégie les espaces temps de réflexion et d'échange, et favorise les transformations dans un esprit d'ouverture.

Fin 2004 et début 2005, nous avons proposé le mode du Forum Ouvert, sur le site de l'Ecole, pour réfléchir à deux sujets importants et complexes :

■ « Quelle sécurité routière des seniors? »

Le 1^{er} octobre 2004, deux mouvements s'allient : jour consacré à la personne âgée et année mondiale de la sécurité routière. L'occasion était idéale pour réunir autour de cette thématique les professionnels de la santé et du social ainsi que les personnes dites âgées (adaptation et utilisation des moyens de transport, organisation de la circulation pour les seniors, etc.)

■ « Le stress, fatigue... motivation? Quel impact sur votre vie? »

Les conditions de travail et de formation animées, vécues par le personnel et les étu-

dants de l'Ecole, nécessitent un effort d'adaptation de plus en plus soutenu et influencent la santé de chacun. Dans la poursuite des objectifs de la Convention d'adhésion qui lie l'école La Source (ELS) au Réseau suisse des écoles en santé, il s'agit de développer des perspectives de promotion de la santé au travail en lien avec la gestion du stress et de promouvoir le bien-être au travail (communication, environnement physique, détente et activité physique).

Ces deux thèmes définis, nous nous sommes investies dans l'organisation de deux Forums Ouverts successifs sur le site de l'ELS, le 1^{er} octobre 2004 et le 9 mars 2005.

Le Forum Ouvert est une opportunité de réfléchir autrement à partir de préoccupations communes de toute nature, qu'elles soient des domaines de la santé, de l'art, de l'environnement, de la pédagogie, etc. Différents ateliers se créent autour d'un questionnement central posé pour la journée. Dans un Forum Ouvert (Open Space Technology), chacun est acteur. Une règle importante est la liberté et la responsabilité personnelles des participants, qui vont contribuer à la forme et au contenu du Forum. Chacun vient pour exprimer ses idées, ses sentiments, son expérience en lien avec le thème. Il échange ses préoccupations avec les autres et amène des propositions visant des améliorations.

Cette méthode, par son aspect novateur, est encore mal connue en dépit de sa simplicité et de son efficacité prouvée.

Mme Marianne Gerber, formatrice « Genuine ContactTM Program »¹, travaille depuis 1998 avec la méthode de Forum Ouvert. Selon elle,

¹ Afin de pleinement reconnaître le potentiel humain et d'encourager les individus à prendre soin de la santé de soi-même aussi bien que de la santé des organisations dans lesquelles ils mènent leur vie quotidienne, Dalar International Consultancy a développé le programme appelé « Genuine ContactTM Program », dont le Forum Ouvert est l'élément central.



«le Forum Ouvert peut créer un solide esprit d'équipe et suscite l'engagement au sein d'une organisation. Il améliore la communication, allie passion et responsabilité aussi bien que créativité et réalisme.»

A la suite de nos expériences, nous partageons avec vous quelques réflexions et ceci en toute liberté: du chaos initial que produit cette méthode, des principes qui la fondent et de l'état de grâce qu'elle peut offrir, ainsi que des suites à donner.

VIVRE LE FORUM OUVERT

Du chaos à l'œuvre commune

Le mode du Forum Ouvert nécessite un lâcher prise et un renoncement à maîtriser la forme et le contenu des échanges. Il invite à s'inscrire individuellement et à vivre collectivement un vide et un chaos initiaux.

Le chaos tel que le scientifique le comprend ne signifie pas «absence d'ordre»; il se rattache plutôt à une notion d'imprévisibilité, d'impossibilité de prévoir à long terme. Parce que l'état final dépend de manière si sensible de l'état initial, parce qu'un petit rien peut tout venir modifier, nous sommes fondamentalement limités dans la prédiction de cet état final:

«Le préjugé foncier est de croire que l'ordre la clarté la méthode doivent tenir à l'être vrai des choses, alors qu'au contraire, le désordre, le chaos, l'imprévu, n'apparaissent que dans un monde faux ou insuffisamment connu, – bref sont une erreur; c'est là un préjugé moral, qui vient de ce que l'homme sincère, digne de confiance, est un homme d'ordre de principes, et a coutume d'être somme toute, un être prévisible et pédantesque.»

(F. Nietzsche, La volonté puissance, 1909, T.1, p.89)



© Marlène Zaugg-oct.03

Ainsi, à partir d'une question commune et unique, le Forum fait appel au potentiel créateur de chaque participant: se regarder, écouter, entendre, se sentir plus concerné par un sujet qu'un autre, peut-être à son tour en proposer un... Rapidement, le thème principal se décline en différents axes de réflexion spécifiques; au gré de ces variations, le collectif s'organise et des «ateliers thématiques» naissent. Le rôle de l'animateur, essentiel mais en filigrane, consiste donc à poser le cadre et à rythmer l'échange en organisant l'espace-temps pour les ateliers autogérés par les participants. Les principes qui soutiennent la journée sont au nombre de quatre:

1. Celui ou celle qui vient est la bonne personne.
2. Ce qui arrive, arrive *ou* Ce qui arrive est la seule chose qui a pu arriver.
3. Cela commence quand c'est prêt.
4. Quand c'est fini, c'est fini.

Pour employer une métaphore, il s'agit de quitter la carte des menus habituellement posée pour créer le repas qui sera dégusté ensemble. Rencontres de citoyens concernés par des problématiques communautaires: un espace démocratique limité dans le temps et infini dans les rencontres.

Un dépassement comme un état de grâce

L'authenticité de la rencontre permet d'ouvrir son propre regard en toute liberté et d'accueillir le regard de l'autre en toute sécurité... instant d'un bonheur partagé comme un état de grâce qui va nous habiter longtemps et soutenir « le courage éthique »² d'être, et d'être avec d'autres.

Dans une expérience de type Forum Ouvert, la rencontre de soi et des autres modifie et déplace les frontières entre chacun.

Que l'on soit professionnel de la santé ou non, chacun est libre de poser son regard, à son rythme. Chacun est libre de se déplacer, de participer à un ou plusieurs ateliers, le temps qu'il le souhaite: c'est « la loi des deux pieds » que les Québécois nomment aussi « la loi de la mobilité ».

On prend ou on amène ce qui est estimé nécessaire, utile, agréable, beau, indispensable, nouveau, surprenant... On s'enflamme, on rêve, on étincelle!

Mais ne perdons pas de vue que l'enjeu de la rencontre est d'identifier des améliorations face aux questions posées. Dans un Forum Ouvert, nous évoluons au sein d'un espace aux contours démocratiques dans lequel la répartition des pouvoirs et des savoirs s'équilibrent: il s'agit d'une approche de santé communautaire.

Concernant la sécurité routière des seniors, est apparue la difficulté de gérer les situations dans lesquelles les personnes âgées présentent une conduite automobile à risque. A partir des nombreux échanges, il a été proposé de réali-

ser un dépliant d'information indiquant la démarche à suivre. Une autre idée a émergé, celle de favoriser le lien intergénérationnel dans le cadre des déplacements en ville: ainsi, agir au sein des établissements scolaires.

La problématique de la gestion du stress a, quant à elle, mis en exergue l'importance de rendre possible la créativité de chacun dans un espace rendu vivant, de se rencontrer différemment sur le lieu de travail: deux ateliers, chacun à sa façon, ont abouti à la création d'un groupe de travail sur le site de l'ELS, qui s'emploie à concrétiser ces envies novatrices.

Les effets boule de neige, ouverture sur...

Après l'intensité de l'ici et maintenant du Forum, il se peut que le soufflé retombe. Un « après-Forum » est à penser. La responsabilité du comité de pilotage peut aller jusqu'à relancer une rencontre afin de partager autour de la réalisation des propositions émises en ateliers. Pour l'instant, nous ne l'avons pas encore mis en œuvre: le temps et la confiance en un potentiel collectif inépuisable produit parfois des répercussions inattendues.

Curieuses d'expérimenter quelque chose de différent, le mode du Forum Ouvert ne pouvait que nous attirer: lassés des méthodes de rencontres habituelles et connues, nous étions à la recherche d'une autre manière de vivre et de participer à des groupes de travail, des colloques ou des congrès.

² « le courage éthique » utilisé par Michel Cornu dans son ouvrage « La confiance dans tous ses états: éthique du don » Ed. Plaisir de lire, 1997.



Le Forum Ouvert reconnaît, augmente et travaille à partir du potentiel de savoir, de savoir-faire et savoir-être de chacun, de l'autre et du collectif. Lors de ces deux expériences vécues sur le site de l'ELS, nous avons résolument quitté la traditionnelle carte des menus pour créer un repas original, composé puis savouré avec délectation. Il reste à chacun de vivre un Forum Ouvert car il est résolument abstrait de pouvoir transmettre ses effets.

PANORAMAS DES ATELIERS

Quelle sécurité routière des seniors?

Pour un urbanisme à visage humain, la disparition des commerces et services de proximité – L'éducation des contrevenants graves à la Loi de la Circulation Routière (LCR) par des personnes âgées effectuant des transports d'enfants – Autour des passages protégés – Besoins des personnes âgées, comment les identifier? – Besoins réels des personnes âgées en matière de sécurité routière, comment les identifier? – Comment sensibiliser la population «non-âgée» aux besoins des personnes âgées sur les voies publiques? – En cas d'accident je refuse certains soins. Comment le faire savoir? – Le permis de conduire... quelles limites? âge, réflexes, indépendance? – Comment faire avec des médecins trop complaisants qui remplissent les formulaires de permis de conduire de conducteurs de plus de 90 ans? – Le dépôt de permis de conduire: dans quelles conditions, à quels moments, pourquoi, quels critères? – Quelle marge de manœuvre pour des proches d'une personne âgée qui a une conduite à risque?

Le stress, fatigue... motivation? Quel impact sur votre vie?

Pourquoi faut-il toujours être performant? Et si la fragilité était une force? Performance et surenchère n'égalent pas qualité et développe-

ment personnel – Communication et partage entre collaborateurs pluridisciplinaires – Quelles sont les qualités du stress? Comment les mobiliser en soi? – Temps morts, temps de vie – Choix travail, études, famille. Quelle part pour chacun – Exprimer le stress autrement, ou en complément de la parole: peinture, danse, chant... – Comment aborder le stress avec une personne dans le milieu du travail, sans risquer de la culpabiliser ou la stigmatiser comme une personne qui n'a plus de maîtrise de son travail – La reconnaissance institutionnelle – Comment investir l'espace et les infrastructures de l'ELS pour créer des lieux de vie, d'échange, d'humour? – Etre tranquille avec soi-même pour trouver son propre fonctionnement – Quelle est ma part de responsabilité dans ce que je vis de négatif? – Quelle place donne-t-on à nos limites? Comment pourrions-nous les transformer en ressources?

Mercedes Pône

Infirmière spécialisée en gériatrie, en formation DHEPS, formatrice au CFIP

Marie-José Gilliéron

Infirmière spécialisée en santé publique et en santé au travail

- Remerciements à Nathalie Bovay (documentaliste à l'ELS) pour sa collaboration à la rédaction et à la relecture du texte.

Vous pouvez obtenir les résumés auprès de:

M. Pône: m.pone@ecolelasource.ch
M. J. Gilliéron: mj.gillieron@ecolelasource.ch

Haute Ecole de la Santé La Source
Av. Vinet 30 – 1004 Lausanne

EDITIONS OUVERTURE

D E R N I È R E P A R U T I O N

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



prison ...une saison en enfer?

« Le monde de la prison nous renvoie notre propre image: celle du mal qui est en chacun de nous. Pourquoi un tel a-t-il passé à l'acte et un autre (que je suis peut-être?) n'a jamais exécuté le besoin de vengeance ou de destruction qu'il ressentait dans son for intérieur? Mystère de l'humain, cet être créé à l'image de Dieu, toujours à la recherche de sa plénitude!

A travers tous ces regards et toutes ces expériences, *Prison ...une saison en enfer?* a osé soulever le voile pudique, voire tabou, qui recouvre la vie carcérale. Vous allez découvrir un monde qui ne vous est pas familier, souvent occulté, mais qui demeure pourtant un intense milieu de vie... »

Daniel Rochat

Il existe 32 autres titres dans la collection **A toute épreuve**. Demandez notre catalogue.

Plaquette de 64 pages, au format 12x16 cm, illustrations hors-texte en couleurs. CHF 6.- l'ex. (rabais de quantités)



LE BON SECOURS – Quand le passé annonce l'avenir

Une profession en perpétuel devenir, voici ce que propose cet ouvrage, vu au travers d'un siècle d'existence de l'Ecole Le Bon Secours. Il décrit la participation des femmes et plus particulièrement des infirmières à la philanthropie et à la religion, aux soins à domicile, à l'ouverture au monde et au féminisme. La liberté d'être et de penser, qui sous-tend ce dynamisme institutionnel, a pourtant ses revers de médaille et le développement vers la professionnalisation crée des paradoxes à dépasser. Dans un mouvement hélicoïdal, ces thèmes identitaires se retrouvent à chaque fois modifiés sous l'effet des transformations économiques, socioculturelles et institutionnelles de cette longue période.

L'historienne plonge dans les traces d'une pensée humaniste portée par des actrices et des acteurs impliqués dans cette histoire institutionnelle. Avec sensibilité, elle éclaire des postures diverses qui interpellent aussi bien les professionnelles en soins infirmiers que toute personne concernée par l'histoire des femmes qui marquent, aujourd'hui encore, l'évolution de cette école de formation en soins infirmiers.

Je commande _____ exemplaire(s) du livre de Denise Francillon

☐ Prix: CHF 30.- (CHF 40.- dès le 1.10.05) ☐ Prix étudiants: CHF 20.- (CHF 30.- dès le 1.10.05)

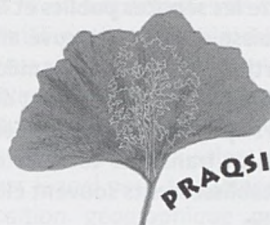
Port compris. Paiement dans les 30 jours dès réception de la facture.

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ NPA _____ Localité _____

Date _____ Signature _____

rencontres internationales



Réseau multinational de recherche
et de réflexion à partir de la

PRA tique
Quotidienne des
Soins
Infirmiers

organise son huitième

Colloque international

à Barcelone (Espagne), 9 et 10 novembre 2006

« PENSER LES PRATIQUES INFIRMIÈRES DANS UNE
PERSPECTIVE SOIGNANTE »



INSTITUT LA SOURCE
Penser l'action dans une perspective soignante

organise deux

Colloques internationaux

à Paris:

« LES PEDAGOGIES LUDIQUES
DANS LES FORMATIONS
AUX PRATIQUES
SOIGNANTES »

en partenariat avec « Permis de Jouer »

LES 27 ET 28 MARS 2006

« INTIMITE ET SEXUALITE
DANS LES STRUCTURES
DU SYSTEME DE SOINS »

LES 25 ET 26 SEPTEMBRE 2006

Tous les renseignements relatifs à ces trois colloques peuvent être obtenus sur simple demande.

le Centre d'urgences médico-chirurgicales

Depuis bientôt six ans, le Centre d'urgences de Vidysource accueille régulièrement les patients de la région lausannoise nécessitant des soins ambulatoires aigus, médicaux ou chirurgicaux, offrant ainsi à la population un accès rapide à des prestations médicales de qualité. La fréquentation en constante augmentation de notre centre nous conforte à l'idée de répondre de manière efficace et rationnelle au besoin légitime d'une médecine de proximité, à la fois humaine et performante, accessible à tous.

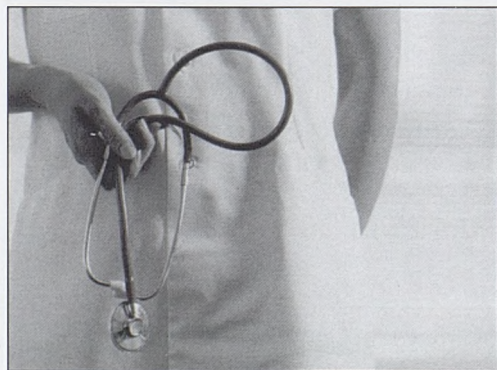
Avec plus de 10'000 patients soignés en 2004 pour des pathologies très diverses, Vidysource s'efforce de participer activement à la promotion d'un service de santé offrant à la fois des prestations de haut niveau, adaptées à chaque circonstance, tout en restant soucieux de la maîtrise des coûts. Une attention particulière est portée sur l'accueil et la rapidité de la prise en charge. Son rôle consiste également à dépister les pathologies graves parmi une population de malades très hétérogène.

Notre centre médical collabore étroitement avec les autres prestataires de soins comme la Clinique de la Source ou le CHUV, par exemple en cas de nécessité d'hospitalisation (120 patients hospitalisés en 2004 par Vidysource).

A ce propos, il serait encore souhaitable qu'un accord tarifaire entre les services publics et les cliniques privées puisse enfin être trouvé afin d'améliorer la répartition des ressources médicales disponibles, diminuer l'engorgement des centres hospitaliers publics chroniquement débordés, et éviter les transferts coûteux de malades vers des établissements souvent éloignés de leur domicile.

Sur place, de nombreux spécialistes se tiennent à disposition: chirurgiens, orthopédistes, cardiologues, ORL, etc. soutiennent l'équipe de premier recours en cas de besoin. De plus, des examens radiologiques ou de laboratoire performants sont disponibles rapidement, facilitant par là même les prises de décisions. Les patients sont généralement ré-adressés à leur médecin traitant après toute consultation d'urgence si celui-ci est en mesure de poursuivre le traitement. Pour les patients sans médecins traitants, plusieurs cabinets de médecine interne sont à disposition dans les mêmes locaux que Vidysource si un suivi médical s'avère nécessaire.

Il est utile de rappeler que Vidysource est ouvert sept jours sur sept, de 7 heures à 21 heures la semaine et de 9 heures à 21 heures les samedis, dimanches et jours fériés et que les traitements ambulatoires ne nécessitent pas de couverture par les assurances privées ou demi-privées. Vidysource complète ainsi avantageusement les services d'urgences **publics** souvent surchargés en évitant des durées d'attentes prolongées à de nombreux patients. La collaboration de médecins expérimentés et d'une équipe infirmière rodée associée à un accueil chaleureux permet généralement de prendre en charge les patients dans des délais très raisonnables.



La santé de la mère et de l'enfant

La particularité de Vidysource est d'être une société gérée par des médecins indépendants. Ceux-ci participent activement et de manière concertée avec le service administratif aux décisions importantes de la société et s'engagent à privilégier les intérêts des malades en prenant les mesures les plus judicieuses possibles. Le service administratif de Vidysource se situe au centre médical de Vidymed près d'Ouchy, qui fonctionne selon les mêmes règles et avec lequel nous travaillons en partenariat. La position géographique privilégiée de Vidysource au sein des locaux de la Clinique de la Source, proche du centre ville, permet comme mentionné plus haut, de bénéficier des infrastructures déjà en place et de limiter les frais de fonctionnement internes.

Avec l'entrée en vigueur tumultueuse du nouveau système de facturation Tarmed, Vidysource, comme d'autres centres médicaux, a su maintenir sa place dans une politique de la santé de plus en plus orientée vers la rationa-

lité des soins et une approche «économique» de la relation médecin-malade. Si les motifs d'un tel changement sont compréhensibles, sa mise en application s'avère complexe. Sans entrer dans le débat, Vidysource s'applique à respecter avant tout l'éthique médicale en évitant une surmédicalisation et en prévenant le développement de nombreuses complications qui pourraient survenir si le patient n'avait pas pu consulter plus tôt.

Pour conclure, Vidysource représente donc un partenaire important dans le réseau médical lausannois pour le bénéfice de toute la population. Nous aspirons encore à poursuivre notre engagement et nos efforts à l'avenir pour participer au développement d'un système médical cohérent à long terme qui puisse satisfaire les attentes légitimes des patients.

Dr Mike Scerri
Dr Thierry Horn

Dr Kim de Heller
Dr Gianni Minghelli

L'art à la Source



Clinique de La Source

Galerie

DU 2 JUIN 2005
AU 21 AOÛT 2005

KARIN GRILLET

VERNISSAGE LE JEUDI
2 JUIN 2005 A 17H30

DU 25 AOÛT 2005
AU 23 OCTOBRE 2005

ANNE-LISE KAHR

VERNISSAGE LE JEUDI
25 AOÛT 2005 A 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

ELS La Source
Haute Ecole de la Santé

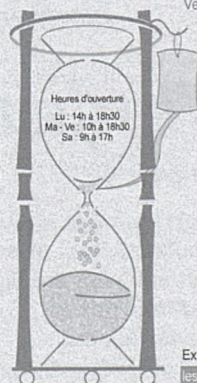


Le mal du temps, ça se soigne !

FORUM DE L'HÔTEL DE VILLE DE LAUSANNE

Du 16 au 26 novembre 2005

Vernissage, le 17 novembre dès 18h



Heures d'ouverture
Lu - 14h à 18h30
Ma - Ve - 10h à 18h30
Sa - 10h à 17h

A vos agendas ...



Exposition organisée par
les Hautes Ecoles de la Santé La Source - Bois-Cerf



Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

ENERGIE

LUMIERE

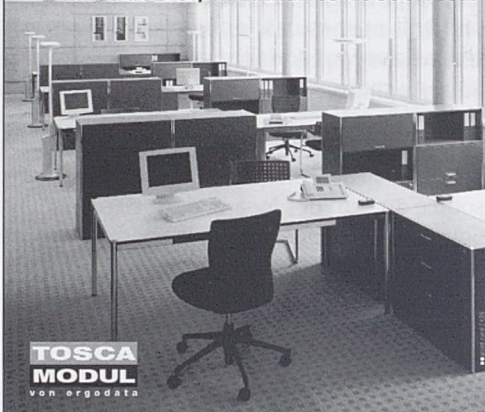
Rue de Genève 64
à 1004 Lausanne
Tél. 021 620 0 900
Fax 021 620 0 901

info@cauderay.com

http://www.cauderay.com

interoffice
Gavillet SA

Fabrication suisse...
... flexibilité, modularité et sobriété!



TOSCA
MODUL
von ergodata

interoffice
Gavillet SA

Interoffice Gavillet SA
Rue Beau-Séjour 1
Case postale 2852
CH-1002 Lausanne

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

Inscription au Journal Source

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

Inscrivez-vous vite!

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

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

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

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

Conseils, devis et projets sans engagement

la santé de la mère et de l'enfant

la santé de la mère et l'enfant dans la Région européenne de l'OMS: problèmes et voie à suivre pour y remédier

Différences entre pays et dans le pays

La maternité est vécue par la plupart des femmes comme une aventure positive et épanouissante, mais la grossesse et l'accouchement peuvent également aller de pair avec la souffrance, la maladie, voire la mort. Dans la Région

européenne, les taux de morbidité et de mortalité des mères et des nouveau-nés, mais également l'accès aux soins de qualité de ces derniers varient encore considérablement d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays.

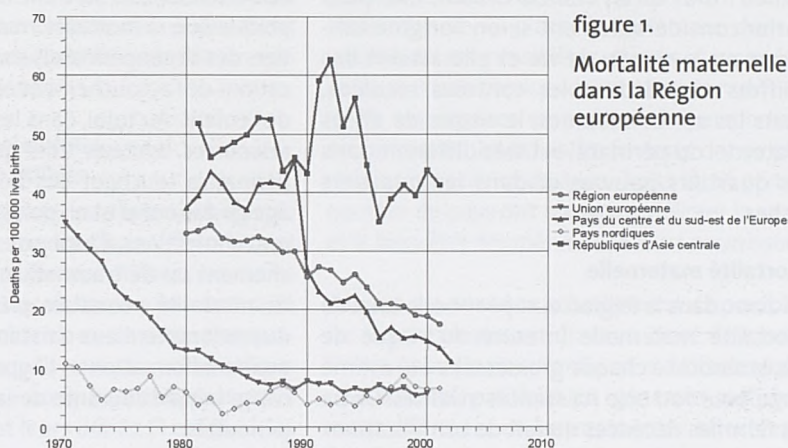


figure 1.

Mortalité maternelle dans la Région européenne

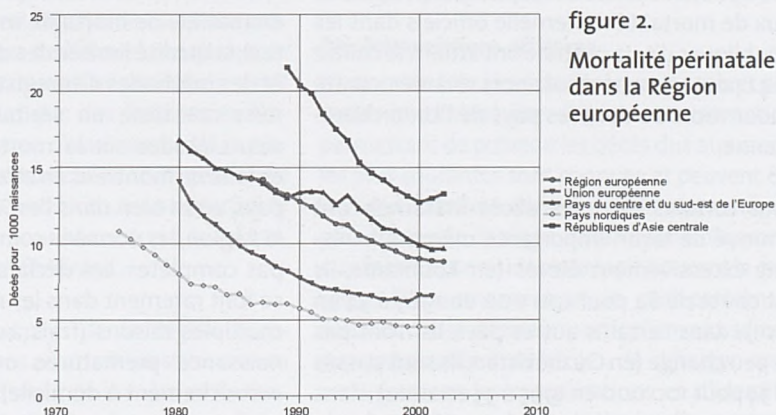


figure 2.

Mortalité périnatale dans la Région européenne

Sources: Base de données européenne de la Santé pour tous. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadn>, consulté le 31 mars 2005).

Les données relatives à la mortalité maternelle et infantile et à l'accès aux services dans un pays ou un groupe de pays peuvent cacher d'importantes disparités d'un point à l'autre du territoire pris en compte. Globalement, cette mortalité est assez faible dans la Région européenne, mais certains pays enregistrent des taux très élevés et, à l'intérieur d'un même pays, il peut exister des différences frappantes entre les sous-groupes de la population. La mortalité est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, elle peut varier considérablement selon l'origine ethnique ou le niveau de vie et elle atteint des chiffres record dans les contrées reculées. Dans les zones urbaines, le risque de décès maternel ou périnatal est très différent dans les quartiers pauvres et dans les quartiers riches.

Mortalité maternelle

En 2001, dans la Région européenne, le taux de mortalité maternelle (mesure du risque de décès associé à chaque grossesse) a été estimé à 17,4 pour 100 000 naissances vivantes. Outre les femmes décédées du fait de complications de la grossesse ou de l'accouchement, bien d'autres ont souffert d'incapacités. En 2001, les taux de mortalité maternelle officiels dans les républiques d'Asie centrale ont atteint le chiffre de 42 pour 100 000 naissances vivantes, contre 5 pour 100 000 dans les pays de l'Union européenne.

Dans certains pays, les décès maternels ont diminué de façon importante même s'ils restent excessivement élevés (en Roumanie, ils ont chuté de 84 pour 100 000 en 1985 à 34 en 2001); dans certains autres pays, ils n'ont pas ou peu changé (en Ouzbékistan, ils sont passés de 34 pour 100 000 en 1995 à 33 en 2002); dans d'autres pays encore, la tendance s'est inversée (en Azerbaïdjan, le taux a augmenté de 10 pour 100 000 en 1995 à 20 en 2002).

Plus de 70% des décès maternels sont dus aux mêmes causes: hémorragie, éclampsie, septicémie et avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. Des maladies telles que l'infection à VIH et le sida, la tuberculose, les maladies cardiaques et le paludisme peuvent aggraver les complications de la grossesse et de l'accouchement.

Mortalité périnatale

Dans la Région européenne, la mortalité périnatale a tendance à suivre le même tracé géographique que la mortalité maternelle. Environ un tiers des décès périnatals sont liés à des complications de l'accouchement entraînant l'asphyxie de l'enfant. Au total, dans les pays disposant de ressources limitées, trois quarts de ces décès périnatals touchent des bébés présentant un âge gestationnel et un poids normaux, qui meurent d'infections, d'asphyxie au cours de l'accouchement ou de traumatisme périnatal. Les cas de mortalité néonatale précoce restants sont dus notamment aux naissances prématurées et aux malformations. L'hypothermie est une cause initiale courante de la plupart des décès périnatals.

Qualité et enregistrement des données

En matière de mortalité maternelle et périnatale, la qualité limitée des données disponibles et des méthodes d'enregistrement de ces données constitue un véritable problème. Plusieurs études sur la mortalité maternelle et infantile montrent en effet que dans certains pays, aussi bien dans l'est que dans l'ouest de la Région, les données communiquées ne sont pas complètes. Les déclarations de naissance se font rarement dans les règles, et ce pour de multiples raisons (frais à prendre en charge, naissance prématurée ou décès périnatal, accouchement à domicile).

Dans ce domaine, il convient en outre de tenir compte des conditions dans lesquelles

s'effectuent la déclaration de naissance et l'enregistrement des informations, car la notion de « naissance vivante » n'est pas toujours associée à la même définition. Certains pays de la Région n'ont toujours pas adopté les critères internationaux en la matière. Les chiffres de la morbidité, aussi bien des mères que des nouveau-nés, sont également sujets à caution, dans les pays où les définitions internationales telles que celles de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) n'ont pas encore été pleinement intégrées à la pratique clinique et au système de déclaration.

Des services peu accessibles et insuffisamment utilisés

Dans la plupart des cas, les décès sont dus au fait que les services ne sont pas suffisamment disponibles, accessibles ou utilisés. Les soins pendant la grossesse et l'accouchement sont encore difficiles à obtenir ou de mauvaise qualité, les femmes ne peuvent pas en bénéficier ou n'y ont pas recours, ce qui constitue un grave danger pour elles et leurs bébés. Si ces femmes avaient accès à des services de planification familiale, à des soins après un avortement, voire, dans les pays où il est légal, à des services pratiquant cet acte dans de bonnes conditions, le nombre de décès maternels et périnatals serait moins élevé. Il arrive que des femmes se fassent avorter plutôt que d'avoir recours à la planification familiale. Lorsqu'ils sont pratiqués dans de mauvaises conditions, les avortements contribuent encore pour beaucoup à la mortalité et à la morbidité féminine.

Dans de nombreux pays de la Région européenne, les problèmes auxquels on se heurte en matière de soins de santé de la mère et de l'enfant sont la surmédicalisation, le manque d'éducation sanitaire et une collaboration interprofessionnelle et pluridisciplinaire insuffisante. En

outre, les soins de santé primaires passent souvent au second plan. Les affections maternelles et néonatales, même lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de complications, peuvent donner lieu à de longues hospitalisations qui ne sont pas économiquement avantageuses et s'avèrent contraignantes pour les patientes.

Manque d'équité

La mortalité maternelle et périnatale est un indicateur du manque d'équité entre riches et pauvres et entre hommes et femmes ; elle est révélatrice de la place de la femme dans la société, de ses possibilités d'accès aux services sociaux et aux services de santé et de nutrition, et de ses chances en matière de perspectives économiques. Toutefois, les femmes ont de plus en plus conscience de leurs droits et un certain nombre de pays ont réussi à améliorer la santé et le bien-être des mères et de leurs nourrissons.

D'après les données actuellement disponibles, les pays connaissant un taux élevé de mortalité maternelle et infantile ne manifestent pas une volonté politique et générale suffisamment affirmée, et les ressources affectées à l'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés peuvent alors être limitées.

Des interventions efficaces

Un nombre très élevé de décès maternels et périnatals pourraient être évités. Les interventions permettant de prévenir les décès dus aux causes les plus courantes sont connues et peuvent être pratiquées même dans les environnements les plus démunis. Il s'agit notamment d'apporter aux femmes une aide et des soins durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum en accordant une attention particulière aux soins et aux préparatifs à domicile ; de détecter systématiquement les complications et d'identifier rapidement les autres problèmes ; d'apporter un soutien à la mère et à son enfant au cours de cette période particulière ; et de s'assurer de

l'existence de services de qualité à proximité du lieu de vie des femmes.

Ces services doivent être assurés par des professionnels de santé qualifiés en matière de soins obstétricaux, qui soient capables de détecter rapidement les complications et d'orienter correctement la mère ou le nourrisson, notamment de stabiliser leur état jusqu'à ce qu'ils soient adressés au niveau de soins supérieur. Ces professionnels de santé doivent également être qualifiés pour aborder avec les femmes et avec leur entourage des questions essentielles telles que les comportements sains, la nutrition, l'allaitement maternel et la prévention des infections.

Le bilan des dix dernières années montre qu'il est possible d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés même dans les environnements les plus défavorisés, mais qu'aucune intervention ne se suffit à elle-même. Il est possible de réduire considérablement le nombre de décès de mères et de nourrissons en ayant recours à des interventions efficaces et peu onéreuses. De nombreux pays disposant de ressources limitées sont ainsi parvenus à faire baisser le taux de mortalité maternelle. Or, la santé du nouveau-né est étroitement liée à celle de la mère. En évitant les complications chez la mère, on améliore le résultat des soins périnataux et on peut éviter en grande partie la mortalité néonatale.

Les services de soins aux mères et aux nouveau-nés sont un élément essentiel des services de santé publique. Bien souvent, c'est par la consultation d'obstétrique que l'on peut amener les femmes enceintes, leur famille et leur entourage à pénétrer dans l'univers des services de santé, afin de prévenir et de traiter, par exemple, les maladies sexuellement transmissibles et l'infection à VIH ou le paludisme, de mettre sur pied la planification familiale,

d'encourager la vaccination, de donner des conseils en matière de nutrition ou de promouvoir des programmes et des interventions sanitaires. Le développement des services de santé ne profiterait pas uniquement au secteur maternel et infantile, mais également à d'autres domaines du système de santé. Pour cela, il convient d'améliorer les infrastructures (par exemple les services destinés aux groupes mal desservis, les cliniques et les hôpitaux), notamment en termes de fourniture de médicaments essentiels, d'effectifs, de système d'orientation-recours, de transports et de communications, afin que les mères et leurs bébés reçoivent les soins dont ils ont besoin, notamment en cas de complications liées à la grossesse.

Parmi les principaux enseignements, on retiendra qu'aucune solution partielle ne saurait améliorer la santé de la femme et que dans ce domaine, la réussite passe essentiellement par le renforcement systématique de systèmes de santé intégrés qui apportent aide et soins à toutes les femmes enceintes et à leurs nouveau-nés.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter:

INFORMATIONS TECHNIQUES

Dr Alberta Bacci

Conseiller médical

Grossesse plus sûre

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Danemark

Tél. : +45 39 17 14 62

Fax : +45 39 17 18 50

Courriel : aba@euro.who.int

INFORMATIONS DESTINÉES À LA PRESSE

Mme Liuba Negru

Chargée de relations avec la presse et les médias

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Danemark

Tél. : +45 39 17 13 44

Fax : +45 39 17 18 80

Courriel : lne@euro.who.int

la santé des enfants dans la Région européenne de l'OMS

Environ 10,6 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque année dans le monde ; 3,3 millions sont morts, plus de 4 millions meurent dans les 28 jours qui suivent la naissance et 6,6 d'autres jeunes enfants périssent avant leur cinquième anniversaire.

La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans reste problématique dans plusieurs pays de la Région européenne de l'OMS, notamment dans les républiques d'Asie centrale, dans d'autres pays de la Communauté des États indépendants (CEI) et dans certains pays d'Europe méridionale. Malgré un déclin général de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, il existe des différences entre groupes de pays. Selon des estimations de l'OMS, la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les pays de la Région les moins bien lotis à cet égard est 40 fois supérieure à celui des pays qui ont les taux les plus bas.

Pourtant, la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est évitable

La plupart des décès chez les enfants de moins de 5 ans sont imputables seulement à un petit nombre d'affections qui peuvent être évitées grâce à des interventions déjà existantes. Au niveau mondial, de 70 à plus de 90 % des cas de mortalité sont dus à six causes principales. Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2005¹, ces causes sont les suivantes :

- infections aiguës des voies respiratoires inférieures, et en particulier la pneumonie (19 %)
- diarrhée (18 %)
- paludisme (8 %)



© Archives Atelier Grand SA

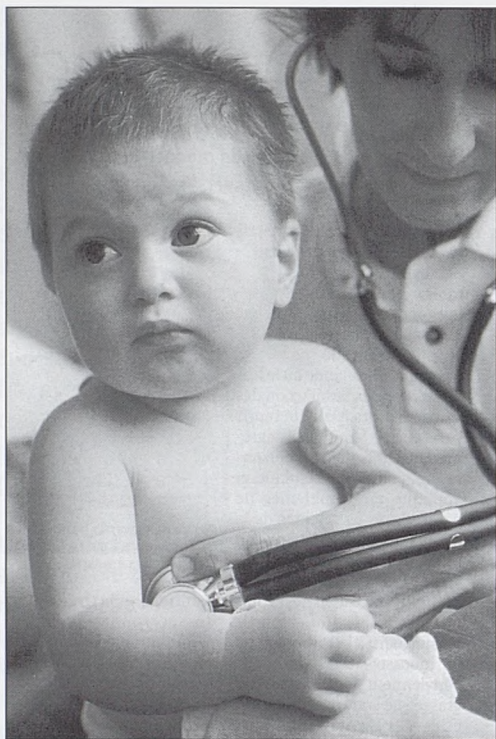
- rougeole (4 %)
- VIH/sida (3 %)
- affections néonatales, notamment les naissances prématurées, les asphyxies à la naissance et les infections (37 %).

Des interventions qui ont fait leurs preuves

Il existe, pour la plupart des causes de mortalité, des interventions à la fois simples et rentables, comme le traitement opportun de la pneumonie, la thérapie de réhydratation lors des diarrhées et la prévention de causes sous-jacentes comme la malnutrition.

Les principales causes de décès dans les pays de la Région européenne qui ont les taux de mortalité les plus élevés à cet égard sont des affections néonatales suivies par des infections respiratoires, des malformations et des maladies diarrhéiques. Certaines causes externes telles

1. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005.



© Archives Atelier Grand SA

que les traumatismes sont également à l'origine d'un grand nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans, notamment dans la partie orientale de la Région. Comme la mortalité néonatale est intimement liée à la santé maternelle, ces deux facteurs doivent être pris en compte au même moment.

L'infection à VIH menace de plus en plus la santé des mères et de leurs bébés : la situation s'est très largement aggravée dans la partie orientale de la Région européenne. Si, en 1999, on a rapporté un nombre total de 743 cas d'infection à VIH transmise de la mère à l'enfant, ce chiffre a augmenté en 2003 pour atteindre 4 934 cas².

Inégalités et santé

Des inégalités existent non seulement entre les pays mais également au sein des pays. Les

groupes les plus pauvres de la population ont des taux plus élevés de mortalité et souffrent plus d'affections sous-jacentes telles que la malnutrition. Les données disponibles mettent constamment en évidence d'importantes différences en matière de mortalité infantile entre les populations urbaines et rurales, ces dernières ayant des taux parfois deux fois plus élevés que ceux des zones urbaines.

Pauvreté des enfants et richesse nationale

Les pays riches de la Région européenne sont également touchés par la pauvreté. Au cours de ces dix dernières années, la proportion d'enfants vivant dans un état de pauvreté relative a augmenté dans la plupart des pays riches. Selon un nouveau rapport publié par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)³, 16,6 % des enfants italiens vivent dans la pauvreté comparés à 6,8 % des enfants tchèques. Le rapport démontre que si des dépenses publiques majeures dans le domaine familial et social sont clairement associées à une réduction des taux de pauvreté des enfants, elles ne sont pas forcément liées à la richesse même du pays. Les comportements nécessaires pour préserver la santé des enfants peuvent être influencés par un engagement politique et ne dépendent donc pas de la situation économique nationale.

L'allaitement maternel est l'une des principales interventions permettant de garantir une bonne nutrition des nourrissons et leur croissance en bonne santé. Dans la Région européenne, les taux d'allaitement au sein chez les bébés âgés

2. EuroHIV. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2003*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2004 (No. 70) (http://www.eurohiv.org/reports/report_70/pdf/report_eurohiv_70.pdf, accessed 31 March 2005).

3. UNICEF. *La pauvreté des enfants dans les pays riches*, 2005. Florence, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, 2005 (Bilan Innocenti n° 6) (<http://unicef.fr/images/unicef/03%20-%20Rapport%20français.pdf>, consulté le 4 avril 2005).

de 6 mois variant de 21 à 87 %. Ces taux variables ne s'expliquent pas par des facteurs géographiques ou socioéconomiques bien marqués, mais dépendent dans une large mesure de l'efficacité des campagnes de promotion de l'allaitement maternel menées par les différents pays ainsi que de l'engagement politique de ces derniers. Les républiques d'Asie centrale comptent parmi les pays de la Région qui ont les taux d'allaitement au sein les plus élevés chez les bébés de 6 mois. Plusieurs pays d'Europe occidentale enregistrent, en revanche, les taux les plus bas.

Vaccination

La vaccination permet de sauver des millions de vies chaque année. Elle permet d'éviter la mortalité et les invalidités imputables aux maladies infectieuses et ce, à un coût très largement inférieur à celui des traitements.

Si entre 1961 et 1965, près de 8 000 enfants étaient paralysés chaque année dans la Région européenne à la suite de la poliomyélite, la Région a été déclarée exempte de cette maladie en 2002.

La vaccination constitue une stratégie et une intervention efficaces qui permet non seulement de réduire la mortalité et les affections chez les enfants de moins de 5 ans, mais qui

contribue aussi à aplanir les différences dues à la pauvreté chez les populations vulnérables et à haut risque. Cependant, dans l'ensemble de la Région, certains enfants ne bénéficient pas d'un accès équitable à de bons services de vaccination. L'OMS préconise donc la mise en place de campagnes de vaccination à la fois opportune et de qualité permettant d'immuniser ces enfants.

Une couverture vaccinale stable et élevée permet de lutter contre les maladies (si 200 000 cas de rougeole ont été signalés dans la Région européenne en 1994, ce chiffre n'atteignait plus que 30 000 en 2003). De nombreux défis restent à relever, non seulement dans les économies de transition ayant mis en oeuvre une réforme de leurs soins de santé, mais aussi dans les pays dotés de systèmes de soins primaires stables. En l'absence de maladies, la vaccination est reléguée au second plan. Or, une couverture vaccinale moins que satisfaisante a provoqué d'importantes épidémies de rougeole dans certains États membres de la Région (par exemple, au cours de ces trois dernières années, 44 176 cas ont été rapportés en Turquie, 29 533 en Italie, 24 968 en Ukraine et 11 460 en Allemagne).

Pour plus d'informations, veuillez contacter:

INFORMATIONS TECHNIQUES

Dr Mikael Østergren

Conseiller régional
Santé et développement des enfants et des adolescents
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø (Danemark)
Tél. : +45 39 17 13 19
Fax : +45 39 17 18 50
Courriel : mmo@euro.who.int

INFORMATIONS DESTINÉES À LA PRESSE

Mme Liuba Negru

Relations avec la presse et les médias
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø (Danemark)
Tél. : +45 39 17 13 44
Fax : +45 39 17 18 80
Courriel : lne@euro.who.int



souvenirs d'Afrique

Dans le cadre de notre formation à l'Ecole La Source, nous avons eu la chance de pouvoir partir en stage à l'étranger. Nous avons choisi de partir au Bénin, petit pays d'Afrique de l'ouest entouré du Niger, du Nigéria, du Burkina Faso et du Togo.

Nous sommes parties dans un hôpital missionnaire situé en brousse dans le nord du Bénin, à environ huit heures de bus de Ouagadougou. Contrairement aux hôpitaux d'Etat, cet établissement est géré par une communauté de frères catholiques basée à Rome. L'hôpital fonctionne grâce à l'argent récolté par cette communauté et de nombreux dons privés provenant principalement d'Europe.

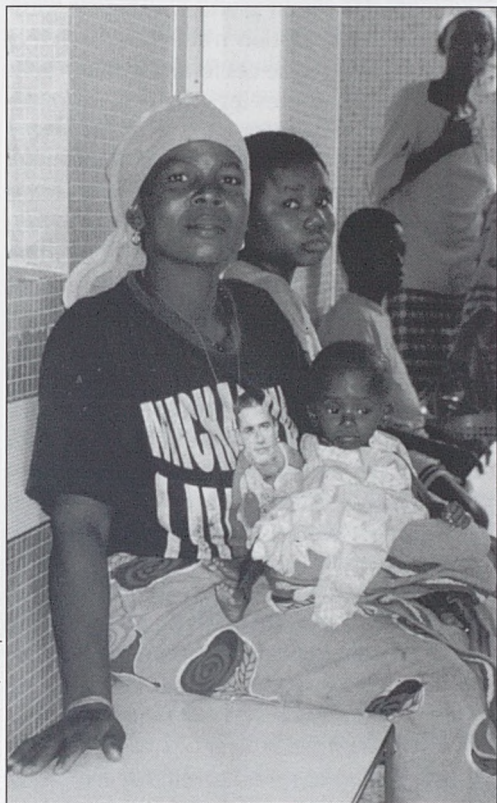
C'est en février 2004 que nous avons embarqué pour le Bénin. Départ tôt le matin avec un peu d'appréhension malgré la longue préparation qu'a nécessité ce voyage. Température en dessous de zéro. Quelques heures plus tard, nous voilà sur le sol africain, arrivée de nuit à Ouagadougou, température au sol 30°C. Après avoir passé 2 jours à Ouagadougou, nous prenons la route en car pour le Bénin. Le voyage dure environ 8 heures: «quatre blanches» dans un bus qui roule à vive allure sur une piste à travers la savane. Quelques petites cases, des baobabs, de l'herbe sèche et de la terre rouge, nous voilà immédiatement plongées dans l'ambiance dans laquelle nous allons vivre durant trois mois.

Dimanche 8 février 2004, nous voilà sur place dans le village de Tanguieta. Nous logeons dans de petites chambres dans l'enceinte même de l'hôpital. Malgré la simplicité de celles-ci, nous bénéficions d'un confort qui contraste avec la pauvreté qui nous entoure.

Deux jours après notre arrivée, nous commençons à travailler dans le pavillon de pédiatrie pour cinq semaines. Le service est très grand et comporte une centaine de lits. Il est divisé en deux parties: chirurgie pédiatrique et médecine. Les pathologies les plus fréquentes auxquelles nous sommes confrontées sont les brûlures, les fractures, la poliomyélite, les complications de fièvre typhoïde, la drépanocytose¹, les ulcères de Buruli², le paludisme, la pneumonie, la méningite (période d'épidémie) ainsi que des cas de rougeole, de tuberculose, des morsures de serpents, de la malnutrition, etc.

En Afrique, de manière générale, lorsqu'un enfant est malade, c'est la mère qui l'accompagne soit chez le guérisseur, soit à l'hôpital. En effet, l'hôpital est souvent le dernier recours des familles, d'une part parce qu'elles sont très attachées à la médecine traditionnelle locale et d'autre part, parce que l'hôpital est coûteux et souvent éloigné du domicile. De plus, lorsqu'un enfant doit être hospitalisé, cela oblige la mère à quitter le domicile et à s'organiser pour la garde de ses autres enfants ou alors, la plupart du temps, à tous les prendre avec elle. Cette problématique est typique en Afrique où le rôle de la femme est de gérer à la fois le foyer, l'éducation des enfants et la vente des récoltes ou d'autres denrées au marché. Lors de l'hospitalisation d'un enfant, c'est la mère qui veille aux soins de son enfant: elle le lave, l'habille et le nourrit. Elle est aussi chargée de nettoyer la chambre et d'aller chercher les médicaments auprès du personnel infirmier. A Tanguieta, le jour du grand marché étant le lundi, il était fréquent que les mères délaissent ces différentes tâches privilégiant la nécessité de se rendre au

1. Anomalie héréditaire du sang, caractérisée par une hémoglobine anormale et par un aspect en faucille des globules rouges. Propre à la race noire.
2. Maladie infectieuse due à une mycobactérie et caractérisée par de vastes ulcérations cutanées qui évoluent souvent vers des séquelles invalidantes.



© Desarzens Julie, Schopfer Emmanuelle

marché. Il nous est même parfois arrivé de rencontrer certaines mères marchant devant les étals avec leur enfant malade dans le dos !

Tout cela permet donc de se représenter l'ambiance générale, et plus particulièrement celle qui règne dans les pavillons ainsi que dans la cour de l'hôpital où toutes les familles sont installées pour vivre le temps de l'hospitalisation de leur proche. L'atmosphère qui règne dans cette cour est difficile à décrire, tant elle est fascinante. Une multitude de petits groupes cuisinent au feu de bois, pilent le manioc ou l'igname, mangent, font la vaisselle, la lessive et dorment sous les immenses manguiers à même le sol de terre rouge brique. Tout ceci dans une chaleur difficilement supportable pour vivre et travailler.

Lors des premières journées de travail, le choc a été assez brutal. En effet, la souffrance des enfants, les cris et les pleurs lors des soins, les conditions d'hygiène, le manque de matériel et surtout l'état particulièrement grave dans lequel la plupart des enfants arrivent aux urgences ont été très pénibles à vivre. Durant le stage, certains de ces aspects ont continué à nous interroger, malgré le fait que nous avons toujours pu parler avec l'équipe et essayé de comprendre leurs pratiques.

Pour vous faire partager au mieux l'ambiance de notre quotidien et vous décrire à quel point nous nous sentions parfois impuissantes, nous vous livrons quelques extraits de nos journaux de bord :

« Jeudi 11 mars 2004, 19h00. Je viens de vivre un des moments les plus difficiles du stage jusqu'à maintenant. Une petite fille de deux ans est morte d'un neuropoludisme cet après-midi. Il y a beaucoup d'enfants qui meurent ici, mais là, ça m'a particulièrement touchée. La maman avait l'air très triste et franchement, c'est la première fois que j'ai vu des sentiments sur le visage d'une mère lors du décès de son enfant. D'habitude, ils ne montrent rien, restent impassibles, ce qui ne veut pas du tout dire qu'ils ne ressentent rien. L'enfant avait de la fièvre, la mère s'est rendue dans un centre de santé, mais ils ne pouvaient rien faire. Alors elle a emmené son enfant à Tanguieta, mais elle habite à environ 30 km, alors ça prend du temps. Ici, l'équipe a fait tout son possible, mais la petite est quand même morte. La maman a pris son enfant dans les bras et l'a recouverte d'un pagne. Désiré et moi l'avons accompagnée à la morgue, une petite maison à 100 mètres de la pédiatrie, de l'autre côté de la cour. C'est affreux, une porte métallique, fermée par un cadenas et une pièce de 1 mètre sur 2 avec un tout petit sommier métallique sur lequel on dépose le corps enroulé dans le petit pagne. J'ai fermé les yeux de l'enfant. Désiré a voulu faire sortir la mère, mais je



© Desarzens Julie, Schopfer Emmanuelle

lui ai demandé de la laisser un moment seule avec sa petite fille, ce qu'elle n'avait pas encore pu faire... Dès que la mère a été seule, je l'ai laissée un moment, puis on a refermé la grosse porte et on a laissé le petit corps tout seul dans cette morgue affreuse. Heureusement, le père est arrivé quelques minutes après. Ils doivent payer pour reprendre le corps, c'est comme ça que ça se fait ici... »

Après avoir passé la moitié du stage dans le service de pédiatrie, nous avons rejoint le pavillon de la maternité. Le service ne manque pas d'ambiance non plus ! Il est partagé entre des cas d'obstétrique et de gynécologie. Les femmes qui arrivent ici viennent directement des urgences de l'hôpital ou par leurs propres moyens, parfois en ayant fait du stop ou à l'arrière de la moto de leur mari ou de leur frère... tout cela en ayant souvent déjà commencé le travail d'accouchement ! Les femmes qui viennent accoucher sont souvent très jeunes ou

alors ont déjà eu un grand nombre de grossesses, la contraception n'étant ni connue ni pratiquée. Très peu de ces femmes ont un suivi de grossesse et toutes les grossesses aboutissent. La plupart d'entre elles viennent accoucher à l'hôpital soit parce qu'elles ont pu bénéficier d'un suivi de grossesse, soit parce qu'elles ont un problème lors du travail. Nous rencontrons là-bas un grand nombre de situations critiques et beaucoup de césariennes doivent donc être pratiquées par les deux gynécologues de l'hôpital. À part les deux gynécologues et les quelques aides du service, l'accouchement est une histoire de femmes. En effet, la femme est souvent accompagnée soit par sa mère, une sœur, une tante ou une amie. C'est elle qui s'occupe du placenta après l'accouchement et qui le garde précieusement pour le ramener à la maison.

La maternité de Tanguieta est aux antipodes de celles que l'on connaît en Suisse ; un grand nombre de femmes y accouchent chaque jour et au moins vingt bébés occupent le service en permanence.

« Lundi 5 avril 2004, 19h00. La matinée commence par la prise des températures et du poids des bébés. Tous les berceaux réunis dans la salle des bains, toutes les mamans et nous ! Quelle chaleur ! (...) Après la prise des températures et des poids, c'est l'heure du bain ! Ici, c'est le personnel qui s'occupe de baigner les petits, pas les mamans. Pauline les lave, je m'occupe de les sécher et de leur faire les soins de l'ombilic. (...) Les mamans doivent en principe fournir le savon, un linge et les pagnes pour les draps. (...) Nous n'avons plus de berceaux libres et attendons que les mères qui sortent aujourd'hui aient terminé de nettoyer le leur. »

Ici, la vie exige que les mères, même les plus jeunes, sachent tout de suite s'occuper seule de leur enfant. Le personnel infirmier n'est là que pour les traitements médicamenteux et certains soins comme le bain. Aucun enseignement à la

mère concernant l'allaitement ou tout autre soin n'est prodigué. Tout comme en pédiatrie, nous nous trouvons régulièrement confrontées à la mort. En effet, un grand nombre de prématurés voient le jour, mais l'hôpital n'est pas équipé des moyens permettant leur survie.

«Mardi 6 avril 2004, 20h00. Ce matin, l'une des petites prématurées ne va pas bien. Depuis sa naissance la semaine passée, elle se bat entre la vie et la mort. Ce matin je la trouve très pâle. Je m'approche et elle ne respire presque plus. Nous la réanimons et la mettons sous oxygène. Elle est mise dans un coin de la salle de bain, où pas grand monde ne se soucie d'elle durant la journée. (...) Je n'ai pas vu la mère et ne sais même pas si elle en a une. Depuis bientôt une semaine elle est entre la vie et la mort, s'arrête de respirer et puis repart. (...) Mercredi 7 avril, 21h30. Journée remplie d'émotion avec la petite prématurée! Plusieurs fois dans la journée, elle a fait des arrêts respiratoires. Elle le fait depuis plus de trois jours. C'est impressionnant! (...) Soudain la petite a un spasme respiratoire et c'est reparti! Je la ventile un moment et elle reprend une respiration, son cœur bat à nouveau plus vite. (...) Cette petite est trop incroyable! Une miraculée! Sa température est basse. Je la couvre bien et lui met un coussin chauffant. Rapidement, elle reprend le dessus. Elle a même quelques réactions! Elle ouvre ses yeux et fait quelques mouvements. La journée se passe et je garde toujours un œil sur elle, sinon, pas grand monde ne se soucie de son cas. J'ai vu la maman aujourd'hui. Elle est venue près d'elle. Elle regarde sa petite et semble ne pas comprendre la situation. C'est difficile de communiquer, car elle ne parle pas du tout le français. Jeudi 8 avril, 19h00. Ce matin, la petite est toujours là... je suis contente. Elle semble aller pas trop mal. (...) 15h30, de retour dans le service. Je décide de tout de suite aller voir la petite que j'ai quittée relativement bien à 12h30. J'arrive dans la salle: gros choc: berceau vide, draps au sale, plus de petite. Je retiens mes

larmes et demande à Thomas ce qu'il en est. Elle est morte vers 14h30. J'aurais tellement voulu la revoir! Lui dire au revoir, «boucler la boucle.» En même temps je suis contente d'avoir comme dernière image d'elle le sentiment qu'elle était plus ou moins bien. Sa famille l'a tout de suite emmenée pour la ramener au village. Je sais qu'elle sera bien là où elle est.»

Ces extraits de journaux permettent d'imaginer quelles sont les conditions de travail à Tanguieta. En effet, un nombre incroyable de facteurs contribuent à limiter les possibilités de prises en charge adéquates: le climat, le manque de moyens, de matériel, de médicaments, l'hygiène, le manque de formation du personnel soignant, les difficultés de communication, l'ignorance de la population et bien d'autres choses encore, internes à la culture et aux habitudes locales, sans oublier le fait que nous avons nous-même été malades...!

En guise de conclusion, nous souhaitons vous encourager à partir à la rencontre de l'autre, que ce soit en Suisse ou ailleurs, car nous sommes persuadées que toute expérience permet de s'enrichir, tant personnellement que professionnellement.

Il est réellement très difficile pour nous d'imaginer quelle a pu être votre réaction en lisant ces quelques lignes. Le message que nous espérons avoir fait passer à travers celles-ci est que ce fut une expérience magnifique, très enrichissante, pleine d'apprentissage et qui nous a fait grandir d'un coup, malgré les nombreuses difficultés rencontrées. Nous pouvons maintenant, avec une année de recul, porter un regard plein d'émotion sur cette merveilleuse aventure.

Julie Desarzens

Emmanuelle Schopfer

Etudiante niv. II La Source
4^e année, module Santé
Volée octobre 2001

7 avril – Journée mondiale de la Santé – OMS « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant »

Tel est évoqué le thème de cette journée. Sujet bien vaste à vrai dire. Et justement comment le définir?

Ce sujet m'évoque une réalité que vivent les professionnels¹ de la santé des secteurs mères-enfants dans leur pratique quotidienne. Le vivre chaque jour cela signifie prendre en charge mère et enfant comme un tout, une unité inséparable. Que ce soit dans les secteurs d'obstétrique, de néonatalogie ou de pédiatrie, les professionnels s'engagent à accompagner mère et enfant dans leur quotidien.

« Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant », implique de considérer l'un comme l'autre. Donner sa chance signifie aussi de ne pas juger les comportements d'autrui, ni ses difficultés, réelles ou passagères, et consiste à prendre soin de son enfant. Donner sa chance équivaut à, **PANSER L'UN TOUT EN PENSANT L'AUTRE.**

Pour certaines femmes, leur vie de maman peut être marquée par des départs difficiles semés d'embûches, de difficultés organisationnelles et/ou matérielles, financières, de peine à considérer l'autre, à l'intégrer dans sa vie de tous les jours. Quoi de plus bouleversant que la venue d'un enfant dans la vie d'une femme, d'un couple. Le statut de couple change en devenant une famille, ainsi la vie à deux se décline à trois, quatre... Quoi de plus déstabilisant pour des parents que d'être confrontés à un bébé qui pleure, crie, que l'on ne comprend pas. Quoi de plus angoissant pour une mère que de se sentir désarmée face à ce bébé qui réclame à grands cris. Mais que réclame-t-il au juste? Dur apprentissage d'être parents. Quoi de plus déstabilisant que de se retrouver démunie face à ce tout petit

qui manifeste un état de mal être! Cela engendre des remises en question, des sentiments de culpabilité et de perte de confiance en soi.

Cet apprentissage complexe va s'accomplir au fil des jours, des mois, des années. Petit-à-petit, mère et enfant vont s'approprier, apprendre à se connaître à se reconnaître, à identifier leurs réactions mutuelles. Un code commun va s'instaurer; Maman va apprendre à décoder les pleurs de son bébé qui, rassuré, comprend que sa maman est à même de réagir à ses appels au secours. L'un et l'autre vont apprendre la patience, la tolérance, le respect mutuel. Bébé va se développer, grandir, faire de nouvelles expériences qui l'amèneront à un stade de développement « supérieur ». Sa maman, elle aussi va grandir, enrichie par cette expérience unique. Bien sûr, des doutes vont persister durant toute l'évolution de son enfant mais, au fil du temps elle va renforcer la confiance qu'elle a en ses compétences de mère non expérimentée. Bien entendu durant leur évolution, le papa va avoir un rôle déterminant au sein de cette dyade. Mais volontairement, je le laisse un peu de côté pour m'intéresser au merveilleux duo mère-enfant.

Cette dyade dont l'évolution est lente, est souvent semée d'embûches, tel qu'un parcours parfois rocambolesque, truffé d'imprévus, d'angoisses inhérentes à la maladie ou bien la peur d'un accident, la crainte d'un enlèvement et les éternelles remises en question: « suis-je une bonne mère? ». Comment demeurer sereine quand belles-mères, grands-mères, tantes et voisines y vont de leurs conseils et de leurs commentaires?

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

Le rôle de mère ne s'apprend ni dans les livres ni dans une école professionnelle. C'est l'école de la vie qui l'enseigne. Je serais même tentée de souligner que la mère peut apprendre aussi par essai-erreur: essai non concluant! alors je ferais mieux la prochaine fois. L'erreur, je la rectifie ainsi j'apprends. Le comportement idéal sera de ne pas réitérer celle-ci.

Tout au long de leur vie, mère et enfant vont rencontrer, à des temps déterminés, des professionnels de la santé. Ces rencontres ayant des buts divers et variés, vont être des moments clés pour le professionnel qui devra, dans un temps parfois très limité, s'assurer du bien être de la mère et de son enfant. Moment propice pour évaluer la relation mère-enfant et comment chacun se sent par rapport à l'autre, mais aussi pour identifier l'évolution des deux protagonistes. Bébé progresse-t-il bien? Son stade de développement correspond-il à son âge? Prospère-t-il bien dans un environnement sain? Et maman, comment se sent-elle dans son rôle de mère? A-t-elle des angoisses, des craintes, des questions? Comment se situe-t-elle dans son rôle de femme? Face à ses multiples occupations a-t-elle le temps de penser un peu à elle? Que fait-elle pour elle? Que de questions dont la liste est non exhaustive.

Autre point de réflexion: les professionnels qui dans leur quotidien côtoient cette dyade mère et enfant, se posent-ils toutes ces questions? Où placent-ils leur priorité? Bien entendu nous pourrions imaginer, c'est l'évidence même, que tout enfant hospitalisé pour un problème de santé, toute gravité confondue, soit la cible vers qui on prodigue des soins appropriés. A cette prise en soins il est crucial d'inclure la prise en charge de la maman en se préoccupant de ses réactions vis-à-vis de l'hospitalisation de son enfant mais aussi de l'organisation de sa vie quotidienne qui est forcément perturbée. De même, il est essentiel de considérer sa vie de couple. Nul

besoin d'expliquer à quel point l'hospitalisation d'un enfant peut générer une crise majeure sur toute la dynamique familiale!

Un instant capital de la création de liens consiste en cette nouvelle dyade: le moment tant attendu de la naissance de l'enfant. La période du post-partum dans le service d'obstétrique consiste en un moment privilégié pour s'intéresser à la vie future de cette nouvelle famille. Comment s'instaure-t-elle? Est-ce qu'un réseau d'amis ou de membres de la famille va être présent au quotidien pour accueillir maman et bébé lors du retour à domicile? Comment la maman a-t-elle prévu l'organisation de sa journée en y intégrant son bébé? Ces questions «anodines» permettent aux professionnels de la santé en contact avec les familles de percevoir, d'évaluer le projet de vie à trois ou plus et de ne pas se contenter de cibler seulement le recueil de données sur le court séjour en maternité.

«Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant» oui! en s'impliquant réellement, sincèrement; en se préoccupant aussi du devenir de chaque famille, dans cet univers clos relatif à la sphère privée dans laquelle mère et enfant vont s'unir dès leur sortie de la maternité. Tous les professionnels de la santé savent à quel point il est difficile d'entrer dans cette intimité là. Une fois que celle-ci est constituée, il n'est pas envisageable de la pénétrer de force. Chaque professionnel concerné par la dyade mère-enfant est invité à s'intéresser aux particularités d'autrui afin de maintenir une petite brèche pour maintenir un contact avec chaque famille. Entrevoir une ouverture, aussi petite soit-elle, c'est laisser la possibilité à chaque mère dans le besoin, à chaque famille en général, d'oser faire appel à une aide extérieure. Chaque brèche non colmatée peut laisser espérer que cette nouvelle famille soit à même de l'utiliser pour solliciter de l'aide, des conseils, voire s'y emploie pour un réel appel au secours. Faudrait-il encore que du côté

des professionnels cette brèche n'ait pas été remplie. Que penser de ces attitudes, de ces mots prononcés par des professionnels qui à force de «on n'a pas le temps», «on manque de moyens, de personnel» ne sont plus en mesure d'être sensibilisés à la moindre faille! Chaque appel au secours non entendu fait prendre le risque à la mère et/ou à l'enfant de ne plus vouloir communiquer son désarroi, de ne plus croire en l'aide extérieure promise mais non tenue.

Une réalité de notre société actuelle est l'éclatement des familles. A ce titre, le regroupement familial, où plusieurs familles vivent sous le même toit, disparaît de manière significative. Notre société souhaite que chacun fasse ses preuves, que chaque nouvelle famille s'assume seule. Demander de l'aide peut être mal vu par l'entourage car perçu comme un signe de faiblesse. Auparavant, grand-mère, tante, ... assumaient l'enseignement des soins au nouveau-né, à la jeune mère. La maman était ainsi déchargée des soins de maternage, pouvant ainsi se reposer, reprendre des forces pour pouvoir jouir ultérieurement et pleinement de son rôle de mère et de femme.

De nos jours, la famille est éclatée géographiquement. Dans une société toujours plus individualiste les conseils de maman ou belle-maman (en particulier), qui se mêlent de la vie de la nouvelle famille peuvent être mal vécus par le couple. Certaines personnes l'interprètent comme un manque de maturité, de savoir-faire de la part des nouveaux parents. Ainsi aucune aide n'est sollicitée lors du retour à la maison de maman et bébé. Les nuits sans sommeil, les pleurs, les cris peuvent venir à bout des parents les plus aimants qui, démunis, se tournent vers leur pédiatre pour appeler au secours. Cette aide est la bienvenue. Dans certains cas elle peut mener à l'hospitalisation de l'enfant pour décharger temporairement ses parents qui, à bout de souffle, pourront ainsi récupérer des nuits de sommeil en retard.

Sachant leur enfant en sécurité, entouré par des professionnels compétents qui assument les soins. Cependant la mère pourra se sentir coupable d'avoir abandonné son enfant aux mains de personnes qui «savent mieux s'en occuper qu'elle». Elle pourra se culpabiliser de dormir alors que son enfant a besoin d'elle. Ainsi éprouvera-t-elle peut-être des difficultés à rentrer chez elle et restera auprès de son enfant pour prendre soin de lui, de peur d'être considérée comme une mère «ingrate», dépassée par les événements, irresponsable, immature, etc.

Il est fondamental pour nous, professionnels de la santé, de réfléchir sur: comment accueillons-nous les familles démuniées? Quels messages leur transmettons-nous au moment de les accueillir? Quelles attitudes adopter? Comment faire pour atténuer la culpabilité de la mère? Penser la faire disparaître serait pure utopie. Culpabilité il y aura de toute façon c'est pourquoi le poids des mots choisis à cet instant précis requiert une importance considérable. Avoir une posture professionnelle adéquate se résume à autoriser la maman à prendre du temps pour elle, puisque si elle s'occupe d'elle-même elle sera en mesure de garantir la sécurité de son enfant sans se sentir dépossédée de lui. Tel est le challenge quotidien des professionnels qui accompagnent des mères plongées dans le désarroi. Avoir une attitude professionnelle optimale pour que ces mamans acceptent momentanément d'être épaulées sans en être trop peignées.

En guise de conclusion je cite les propos du Docteur Lee Jonk-Wook, Directeur général de l'OMS, extraits du guide à l'usage des organisateurs de la journée mondiale de la Santé du 7 avril 2005: «...les mères et les enfants doivent être en bonne santé pour que les communautés et les nations prospèrent.»

Corinne Ghaber
Professeur HES
Avril 2005

destination Québec...

La possibilité de faire un stage à l'étranger! Une opportunité qu'offre l'école La Source et qui m'a séduite dès mon arrivée. J'avais envie de découvrir un autre pays, des pratiques de soins différentes, une nouvelle culture... la majorité des étudiants en soins infirmiers font leur stage à l'étranger dans des pays en voie de développement.

J'avais envie d'autre chose. J'ai choisi le Québec. Céline, une étudiante, était déjà partie là-bas et m'avait parlé de son stage avec conviction en me donnant envie de m'intéresser aussi à cette partie du monde. C'était une double chance. La première était celle de travailler dans le domaine de la santé scolaire et la deuxième, de me rapprocher d'une de mes amies et d'une partie de ma famille habitant tout près.

Le 08 novembre 2004, je commençais mon stage au Centre Local de Santé Communautaire (CLSC) de Charny, de l'autre côté du du St-Laurent par rapport à Québec. Le début de cette expérience a commencé par le trajet pour me rendre au CLSC. Je ne comprenais rien aux plans, aux horaires de bus... J'étais terrifiée à l'idée d'arrivée en retard sur mon lieu de stage. Avec une bonne description des lieux, les chauffeurs de bus ont pu m'orienter. Ouf, je suis arrivée à temps!

Claude, l'infirmière responsable de mon stage, a passé la première matinée à m'expliquer le fonctionnement d'un CLSC. Il en existe partout dans le Québec.

Il y a trois programmes principaux:

- **Personnes en perte d'autonomie et réadaptation en déficience physique** (comme les Centres Médico-sociaux en Suisse).

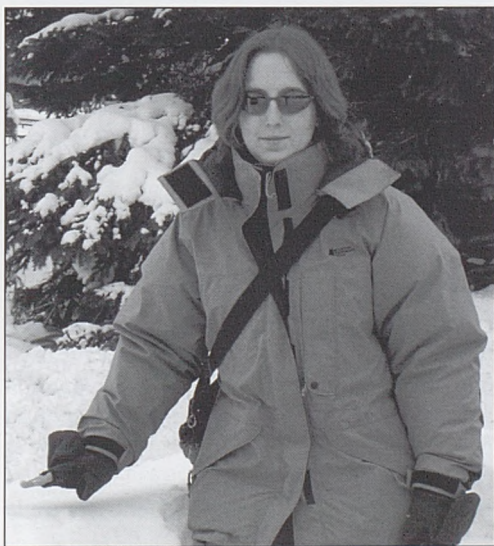
- **Services ambulatoires et services courants.**

- **Programmes communautaires:** Santé mentale, accueil et orientation lors de problème psychosociaux et Famille – Enfant – Jeunesse.

Le programme de Famille – Enfant – Jeunesse est divisé en trois axes:

1. **Axe 0-5 ans:** les soins offerts à la mère et à l'enfant de la conception à l'entrée à l'école maternelle (suivi de grossesse, cours de préparation à l'accouchement...)
2. **Axe 5-12 ans:** les soins dans les écoles primaires (où j'allais le plus intervenir).
3. **Axe 12-16 ans:** les soins dans les écoles secondaires.

L'équipe des infirmières scolaires des écoles primaires est constituée de trois infirmières et d'un infirmier. Chacun de ces professionnels est responsable de cinq écoles, équivalent à environ 2000 élèves. Ils sont présents un jour par semaine dans chaque école restant atteignables en cas de besoins.



© Coralie Leemann

Le premier après-midi, je découvrais la vaccination. L'activité principale que j'exercerai durant mes trois prochaines semaines de stage.

Aucun vaccin n'est obligatoire au Québec (comme en Suisse), mais certains sont vivement conseillés par le département de la Santé Publique. Les infirmières scolaires informent et sensibilisent, les parents et les enfants, sur l'importance de la protection vaccinale. Il fallait vacciner 60 enfants en un après-midi.

En quatrième année primaire, les enfants ont en général neuf ans et ils reçoivent leur vaccin contre l'hépatite B.

Lors des séances de vaccination, je m'occupais dans un premier temps de la préparation des vaccins puis de l'encadrement des enfants durant ce soin.

L'infirmière responsable de l'école s'occupait de la gestion des élèves: aller les chercher et les ramener en salle de classe, alors que les autres vaccinaient.

Certains enfants étaient très anxieux à l'idée de se faire « piquer » et il était important de les divertir, de détourner leur attention de l'acte de soin en tant que tel. Au départ, j'observais mes collègues et j'ai trouvé très intéressant de constater que chacun à sa manière parvenaient à divertir l'enfant et l'acte de vacciner perdait son côté terrifiant.

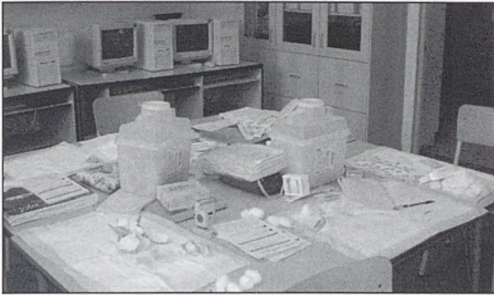
J'ai gentiment pris confiance et ai tenté de créer des activités divertissantes pour ces enfants angoissés par l'idée même de l'injection.

Mes origines suisses ainsi que mon accent « bizarre », dixit les enfants québécois, m'ont été très utiles dans ces situations. Ils devaient deviner mon origine, la spécialité culinaire de mon pays, l'emplacement géographique de mon pays... Cependant, je restais très surprise de la précision avec laquelle ces enfants exprimaient et décrivaient ce qu'ils ressentaient lors de la vaccination.

Je me souviens d'un petit garçon qui pleurait après avoir reçu son injection. Il ne se sentait pas bien, il disait « avoir mal au cœur, mal au bras » et il avait le teint pâle. Nous l'avions immédiatement couché. Une des éducatrices travaillant à l'école était restée vers lui durant un quart d'heure, mais il n'arrivait pas à se calmer. Je me suis assise à côté de lui, il pleurait toujours, il avait de la difficulté à reprendre sa respiration entre deux sanglots, ce qui l'angoissait énormément. Sa mère allait venir le chercher, mais cela ne le rassurait vraisemblablement pas. J'ai essayé de le faire respirer plus calmement, respirer profondément mais rien n'y faisait. Alors je lui ai demandé ce qu'il aimait faire après l'école et il m'a dit qu'il était fan de hockey, qu'il jouait souvent, qu'il adorait aller voir des matchs... Il s'est gentiment calmé. Néanmoins, dès qu'il repensait au vaccin, il pleurait encore et encore.

Je me suis fixée comme objectif de ne pas lui laisser la possibilité d'y penser, ne pas arrêter de parler de ce qu'il aimait. C'était facile à dire, « je n'y connaissais rien en hockey ». J'avais lu dans le journal qu'un joueur de Québec venait jouer à Lausanne. Cela m'a permis de le faire parler de ce joueur et lorsque sa mère est arrivée, il était beaucoup plus détendu. J'ai pu observer que distraire un enfant pouvait s'avérer efficace dans les soins.

Parallèlement à la vaccination, avec Claude, nous préparions les interventions de prévention des toxicomanies dans les classes de sixième année. Claude a une dizaine d'années d'expérience comme infirmière scolaire et de nombreux exercices à proposer à ce sujet. Dans un premier temps j'ai observé, j'avais peur de donner ces interventions. Pour la première fois, je me sentais peu sûre de moi alors que je me suis toujours trouvée à l'aise dans les présentations orales; j'ai donné des cours de maths à des classes. Après avoir réfléchi, je me suis aperçue que j'avais peur de ne pas être comprise,



peur de ne pas comprendre les enfants en raison de nos accents, intonations de voix si différents. Cependant, j'ai fini par me lancer. Les enfants me renvoyaient souvent cette phrase: «Mais! tu parles la même langue que nous!» Ils paraissaient tellement étonnés qu'ailleurs, nous puissions aussi parler français mais différemment.

Plus les expériences s'accumulaient, moins j'avais peur. Claude connaissait une jeune fille de quatorze ans ayant fait un coma éthylique lors d'une fête chez un ami. Lors d'une journée, cette jeune fille nous a accompagnées dans les classes afin de parler de son expérience, des risques de la consommation d'alcool, et de l'influence du groupe d'amis sur son comportement. L'expérience vécue et racontée par des pairs est une technique qui s'est montrée très efficace pour atteindre les jeunes.

Une nouvelle et dernière expérience s'est présentée à moi, durant ce stage: animer des rencontres avec des classes de troisième primaire autour de la prévention des abus sexuels. Ce programme est constitué de cinq rencontres de groupe.

Dans la première, le message véhiculé est: «j'ai le droit d'être respecté». Au travers de diverses activités, nous démontrons aux enfants qu'ils ont des droits et des devoirs vis-à-vis de leur entourage, et nous définissons avec eux la notion de «respect».

Lors de la deuxième rencontre, le message est: «je ne reste pas seul devant un abus; je choisis une personne en qui j'ai confiance et je parle». Nous expliquons les différentes sortes d'abus, telles que les négligences, les abus verbaux, les abus psychologiques, les abus physiques... Nous encourageons l'enfant à identifier les personnes de son entourage en qui il a confiance et à qui il pourrait s'adresser en cas de nécessité. Il est important que l'enfant comprenne qu'il peut garder confiance en l'adulte.

La troisième rencontre a comme intitulé: «mon corps et mes sentiments m'appartiennent et j'ai le droit de dire NON». L'objectif est de renforcer chez les enfants la certitude de ce qu'ils ressentent face à un toucher agréable (bisou de maman par exemple) ou un toucher désagréable et de légitimer leur droit de dire NON quand les gestes ne leur plaisent pas.

La quatrième rencontre a comme but d'aiguiser chez les enfants leur capacité à dépister une situation à risque et de les amener à trouver des moyens pour l'éviter.

La cinquième rencontre aide les enfants à identifier l'abuseur, à comprendre que la personne victime d'abus n'est pas en tort et qu'il est important qu'elle ne garde pas ce secret.

Une sixième rencontre individuelle avec l'infirmière scolaire peut être planifiée pour les enfants qui le désirent, ou s'il y a des soupçons d'abus.

En conclusion, malgré le froid de l'hiver québécois (j'ai vécu une journée à moins quarante-sept degrés Celsius!), la non ponctualité des autobus le matin, les moments de cafard, ce stage a été très enrichissant et je souhaite à chacun de pouvoir vivre une expérience professionnelle ailleurs que dans sa culture, son pays.

Coralie Leemann

Etudiante infirmière niv. II La Source
4^e année, module Santé
Volée octobre 2001

la maternité en déclin

Au milieu du vingtième siècle, en Occident, le regard porté sur la femme enceinte s'avérait encore peu flatteur dans le discours de certaines gens. Les femmes se montraient discrètes vis-à-vis de leur ventre arrondi, une certaine honte pouvant les habiter.

Depuis lors, une reconnaissance – au sens premier – de la maternité a vu le jour... des futurs parents entament un dialogue avec leur bébé en devenant; le nouveau-né est considéré comme une personne, on lui reconnaît des compétences, le père se fait plus présent dans les soins de maternage... le concept de la maternité intéresse maints auteurs...

Que ce soit dans les maternités suisses ou françaises, les soignants croisent une population de parturiente hétérogène. De ce fait, ils sont sensibilisés aux différences, sont invités à s'enrichir, à témoigner de l'intérêt pour des particularités qui parfois les dépassent, à partager des moments d'intense complicité, à vivre des événements denses, à mettre de l'art dans leurs soins.

Ce monde de la maternité est constitué tout à la fois de rationalité et d'irrationalité. Des croyances, des superstitions perdurent, d'autres demeurent caduques.

Je n'aurai pas la prétention d'être exhaustive; mon intention étant de vous livrer quelques faits et expériences qui m'ont marquée.

Lors des premières semaines de mon activité en unité d'obstétrique, j'ai été confrontée à quelques situations problématiques qui m'ont parfois dépassée. Toutefois chacune de mes ren-

contres avec un nouveau-né et ses parents ont représenté pour moi une aventure émotionnelle intense.

Je me souviens avoir été frappée par le désarroi que peuvent vivre certaines mamans qui ne parviennent pas à livrer leurs émotions, leurs désillusions. Déception devant ce bébé si différent de leur bébé idéal, chagrin d'avoir une fille à ses côtés et non le garçon tant désiré, difficultés à devenir mère, à gérer le trop plein d'émotion, à affronter ce bouleversement psychique et physique que provoque la naissance d'un enfant.

En regard de ce que vivent des mamans dans des pays en proie à des difficultés incommensurables, en regard des couples qui ne parviennent pas à fonder une famille, à ceux qui ont un enfant victime de maladie ou d'handicap... leur tristesse, le chaos qui les submerge peuvent paraître quelque peu dérisoire!

Il me semble pourtant essentiel, que le soignant accueille toute détresse même si dans certains cas il la juge futile... en cela il vise au maintien de sa santé.

Grâce à la lecture de nombreux ouvrages spécialisés, les neuf mois de grossesse sont souvent pour le couple une opportunité de découvertes multiples qui les aide à se préparer à affronter leur rôle de futur parent. Néanmoins trop de références livresques peuvent s'avérer déstabilisantes puisque leur bon sens n'est plus sollicité de manière spontanée! Ce manque de bon sens s'est avéré beaucoup moins flagrant chez les mamans de culture différente qui ont pu, dans leur pays d'origine bénéficier de modèles familiaux, de conseils de femmes expérimentées, assurer leur «devoir» de sœur aînée et ainsi se forger une expérience.

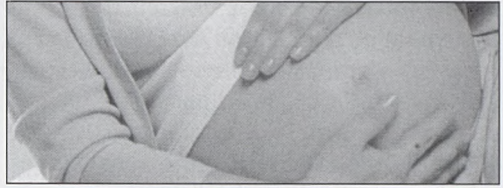
1. Par cultures différentes, j'entends essentiellement les femmes originaires d'Asie du Sud Est, de l'Afrique noire francophone, du Maghreb, de la Turquie (Anatolie).

J'ai été très troublée par le fait que certaines femmes étrangères revendiquaient le respect de la quarantaine. En effet en Chine rurale, par exemple, la coutume veut que les accouchées restent à la maison pendant les quarante jours après leur accouchement. Ainsi pendant ce laps de temps « *la maman a une vie luxueuse. Toute la famille est à ses petits soins [...] elle est adulée.* »² Cette tradition est en faveur de la santé de la parturiente qui ainsi se protège des refroidissements afin de ne pas attraper la maladie du vent (rhumatismes).

Au Maghreb et dans la tradition turque musulmane le respect de la quarantaine existe aussi et perdure dans les milieux ruraux. Un proverbe algérien dit que « *la tombe d'une accouchée reste ouverte pendant quarante jours.* »

En situation de migration, ces habitudes culturelles sont très difficiles à appliquer pour des mamans migrantes. Celles qui peuvent s'exprimer disent combien ce manquement au respect de leurs traditions, cette absence de complicité entre femmes, cette solitude entraînent un désarroi plus ou moins intense. Celles qui ne connaissent pas notre langue souffrent en silence, se replient sur elles-mêmes, les maux remplaçant les mots. Elles se sentent démunies car leur contexte traditionnel du post-partum est aux antipodes du nôtre.

La vulnérabilité de la femme pendant la période post-natale n'est plus à démontrer. Elle se traduit à des fréquences et tonalités très variables; pour l'entourage cette mélancolie bleue ou « baby blues » peut être relativement déstabilisante. Il est fondamental de la reconnaître, toutefois il me semble néfaste de l'envisager comme une normalité de la période post-natale. En effet, des mamans la vivront de manière différée, d'autres n'y seront pas confrontées.



© Archives Atelier Grand SA

Nous savons que le baby blues est peu fréquent voire inexistant dans les sociétés traditionnelles où la maternité est exclusivement une affaire de femmes. Par contre en situation de migration « *si une femme étrangère se retrouve enceinte dans un pays étranger sans être intégrée dans une communauté, elle ne va trouver personne auprès d'elle pour assurer cette fonction rassurante et protectrice dont elle aurait bénéficié dans sa communauté d'origine.* »³ Désarmée, privée de ses repères, de ses liens, elle est fragilisée.

Pour les femmes étrangères qui accouchent dans les maternités occidentales, certaines d'entre elles disent combien elles s'y sentent en sécurité mais d'autres proclament qu'elles ont l'impression qu'on leur vole leur maternité tant elles se sentent délaissées! En effet le concept de maternité en situation de migration perd son côté magico-religieux alors que dans le pays d'origine, il reste encore très prégnant. « *Ainsi pour la parturiente immigrée, que de traumatismes, que de frustrations! L'accouchement à l'hôpital, en même temps que médicalisé, est surtout désocialisé. Privée de l'écho féminin, familial et cérémonial, la jeune femme est frustrée d'une sanction qualifiante. Le pouvoir médical hospitalier est bien différent de celui de la qabla.* »⁵

2. Pernet Hausey-Leplat V, 1991 « Traditions » mémoire formation clinicienne niveau 1-CHUV, Lausanne 136 pages.

3. Duthilh P, 1999, Femmes d'ailleurs, mères d'ici, in Devenir parent en exil, Paris, Erès. 80 pages.

4. Qabla: Accoucheuse traditionnelle au Maghreb

5. Lacoste-Dujardin C, 1988, Etre mère à l'étranger, Migrations Santé, n° 54/55.

J'ai été interpellée par la différence de comportement qu'ont pu avoir des parents étrangers vis-à-vis de la maladie ou du handicap de leur enfant. Ce qui m'a interpellé c'est que dans la douleur qu'ils exprimaient se tissaient des bribes de fatalisme. Leurs superstitions m'ont souvent mis mal à l'aise. Les parents évoquaient le mauvais œil⁶, les djinn⁷, expressions qui étaient aux antipodes de ma compréhension, de ma conception de la santé et de la maladie. Je me souviens d'un couple maghrébin qui m'avait expliqué que le handicap est considéré comme une fatalité de Dieu et que traditionnellement on a recours aux marabouts puis en dernier lieu aux médecins.

L'auteur H Tuil⁸ nous explique que *«la frontière est floue entre le mal causé par les mauvais génies, et celui lié à la fragilité propre de l'enfant. On essaie de ne pas rendre public ce qui arrive à l'enfant pour le protéger d'autres mauvaises influences. «Dieu a placé le remède à côté du mal» dit-on. S'il est écrit que l'enfant vivra, il vivra. Tout est entre les mains de Dieu. La foi en toute puissance de Dieu permet de tenter tous les remèdes et d'en accepter les résultats.»*

Dans les maternités les soignants mettent leurs compétences au service de chaque maman et de chaque enfant afin qu'ils puissent s'approprier, se reconnaître. Depuis quelques années la reconnaissance de la paternité – quoique encore trop discrète à mon sens – fait son entrée dans les unités de soins mère-enfant. Nous reconnaissons aux pères des habiletés, des savoir-agir précieux.

Les soins aux nouveau-nés, aux bébés sont généralement très permissifs dans les sociétés traditionnelles. Par crainte du mauvais œil, mère et enfant ne sont pas séparés. En Inde, par exemple, le bébé dort dans la chambre de ses parents jusqu'à l'âge d'une

année environ. Il vit en étroite symbiose avec sa maman. Cette proximité mère-enfant se traduit aussi par un allaitement prolongé, par le portage et les massages.

Le concept de la maternité se décline différemment; il nous interpelle invariablement que ce soit de manière légère ou dramatique, à l'instar du sentiment d'impuissance éprouvé à la vision d'une jeune mère (ex-toxicomane) qui assiste avec effroi au syndrome de sevrage de son bébé.

Assurer la santé de la mère et de son enfant en se montrant créatif pour se faire comprendre, entendre... être suffisamment proche et tout à la fois distant pour faire exister la relation mère-enfant-père... être témoin d'un nuage d'angoisse ténue dans le regard d'une maman et de là percevoir son appel à l'aide... être à même de donner confiance à des parents inexpérimentés... être en accord avec le bébé en respectant son rythme de sommeil et de repas, en le regardant s'ouvrir à la vie, avoir le privilège de vivre des émotions fortes tel que l'accompagnement du premier bain en pouponnière, de la première tétée, du premier sourire du nouveau-né.

Privilégier la santé de la mère et de son enfant en maternité consiste à reconnaître la singularité de la nouvelle famille qui se crée, à donner du bonheur au quotidien...

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice Journal La Source

6. Action occulte qui se situe à mi-chemin entre la malédiction et le sortilège.

7. Esprits invisibles, démon, génie, bon ou mauvais, ayant une puissance supérieure à l'homme, destinés à évoluer dans l'univers et à corrompre les humains en les déviant du droit chemin.

8. Tuil L, 1995, L'hospitalisation du jeune enfant d'origine migrante, in Migrations santé, Soins aux migrants, Communication en situation interculturelle, n°85.

assemblée générale du jeudi 26 mai 2005

Assemblée Générale du 26 mai 2005
Ecole la Source – Espace Fréminet
14h30

Chères Sourciennes, chers Sourciens,
Nous vous communiquons les éléments importants marquant cette Assemblée:

La matinée du 26 mai, dès 10 h 30 est réservée à l'échange entre les responsables des groupes en Suisse. La Présidente remercie ici toutes les Sourciennes qui prennent part à la vie de notre Association, que ce soient les membres du Comité Central ou celles qui maintiennent le fil d'amitié entre les Sourciennes disséminées en Suisse. Un grand merci à chacune.

Un changement intervient au sein du Comité. Mme Dominique Caillat-Thalmann renonce à son mandat pour des raisons de disponibilité et

d'éloignement de son domicile. Elle a en outre repris un travail dans une institution de personnes handicapées.

Nous regrettons, tout en l'acceptant, la décision de Dominique que nous avons eu le privilège et le plaisir de côtoyer au sein de notre comité. Dominique Caillat est dotée d'une grande sensibilité, de finesse et d'une rare générosité de cœur. Epouse, et mère de quatre fils, elle trouve toujours la disponibilité de se soucier du bien-être de son prochain. Elle vit, dans son cadre familial, une foi solide et profonde.

Par son rayonnement, elle a un contact simple et chaleureux avec chacun. Ses interventions en comité sont toujours appréciées et efficaces. Nous formons nos vœux sincères pour son avenir tant professionnel que privé, et lui souhaitons bon vent et grand merci!

Anne-Marie Keist-Caillat, qui représentait la Clinique au comité devient, si l'Assemblée le lui accorde, membre à part entière du comité; et c'est Gabrielle Keller-Krafft qui reprendra cette fonction puisqu'elle travaille à la Clinique. Merci infiniment à Gabrielle qui assume également l'information aux étudiants de l'Ecole.

Rapport de la Présidente centrale

Lors de sa rencontre avec le renard, le Petit Prince de Saint-Exupéry s'entend dire:

«Si tu viens n'importe quand, je ne saurai jamais à quelle heure m'habiller le cœur... il faut des **rites**.

- Qu'est-ce qu'un **rite**? dit le Petit Prince
- C'est aussi quelque chose de trop oublié, dit le renard. C'est ce qui fait qu'un jour est différent des autres jours, une heure des autres heures...»



Association
des Infirmières
de La Source

La Source crée des liens

L'Association les maintient

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

Avenue Vinet 31
021 648 71 61

1004 Lausanne

Laissons alors la parole au principal intéressé :

Le rite

Je ne suis fait que de quatre lettres
 Sans aucune envie de disparaître.
 Cependant, la mondialisation
 M'a poussé dans la désillusion
 Et j'ai vu tous les abandonnés
 Du système de notre société.
 Les changements, tel un tsunami
 M'ont laissé vraiment anéanti.
 Pourtant, depuis des générations,
 Je me croyais le roi des traditions !
 Et de la naissance à la mort
 De l'homme je soutenais le sort.
 Sans moi, les jeunes n'ont plus de
 repères
 Et c'est alors la grande pétaudière.
 L'épidémie se propage bien vite
 Savoir, famille, droit et éthique,
 Tout y passe, c'est une vraie
 contagion.
 Mais une lumière pointe à l'horizon
 Tel un virus je suis résistant
 Et je puis devenir un mutant
 Indispensable dans toute
 profession.
 Pour moi cela sera ma mission :
 Sauver à tout prix les repères.
 A vous qui devenez infirmières
 Gardez-moi dans votre gestuelle
 Empreinte d'amour dans ce rituel.
 Pour les professions de la santé
 C'est le seul label de qualité.

Ce qui fait que ce jour est différent des autres jours, c'est le regard serein que nous pouvons porter sur la vie de notre Association. Bien qu'âgée de 99 ans, elle vit, voyage, aide les aînées et les étudiants, soutient le Journal Source et se porte bien. Nous avons accueilli cinquante nouveaux membres et nos comptes sont bien équilibrés, laissant un bénéfice de l'exercice 2004. Merci à notre trésorière pour sa parfaite gestion.

Après l'ordre du jour statutaire, Mme Françoise Dumazi-Lüthi, en l'absence de notre Directrice Christiane Augsburguer donne des nouvelles de l'Ecole. Nous la remercions vivement. Merci également aux étudiantes de troisième année qui viennent partager avec leurs aînées le vécu de leur stage à l'étranger. Le thème choisi par l'OMS cette année est : « Donnons leur chance à chaque mère et à chaque enfant ! ».

« La Source ne tarira pas ! »

Huguette Muller
 Présidente

Cagna
 FLEURS

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



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

Hommage à Jeanne de Trey.

Mademoiselle Jeanne de Trey, ancienne infirmière en ville de Neuchâtel, nous a quittés au matin du 06 mai 2005. Elle était pensionnaire du home des Charmettes depuis de nombreuses années. Jeanne y avait rejoint ses amies sourciennes: Marie-Madeleine Graf, Marie-Antoinette Charpié et Mariette Rauss. C'est elle qui les a accompagnées jusqu'à la fin de leur vie, avec son sourire et sa sérénité.

Cette sérénité et ce sourire, je les ai vécus personnellement: petite stagiaire timide, j'ai eu le privilège d'être accueillie à l'hôpital des Cadolles par le beau sourire de Jeanne.

Au revoir Jeanne! Merci pour ta sérénité, ta bonne humeur et ta bonté.

| *Irène Guisan et tes amies sourciennes
de Neuchâtel*

Décès

Adèle Mermoud (volée 1939) décédée le 2 mai 05.

Jeanne de Trey (volée 1934) décédée le 6 mai 05.

Louise Méan (volée 1931) décédée le 10 mai 05.

Toute notre sympathie aux familles dans le deuil.

Nouvelles adresses

Mary-Jane Gerber-Christinet
Les Airelles / Florissant
1660 CHATEAU-D'OEX

Hélène Troster-Reichel
Marienhaus
Horbургstrasse 54
4057 BALE

Hedwige Wyler
Rte des Montagnes 2
1145 BIERE

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Walter Hesbeen, Phyllis Wieringa.

Responsables de la parution

Christiane Augsburg, directrice.
Alexia Stantzios, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice.

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

Abonnement

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

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

Directrice

Christiane Augsburg

Clinique

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

Directeur général

Michel R. Walther

Directeur des Soins Infirmiers

Pierre Weissenbach

Association des infirmières

Présidente

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

Trésorière

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

ISSN 1660-8755

J A B

1052 Le Mont

PP/Journal

CH-1052 Le Mont

ELS+ La Source
Haute Ecole de la Santé

La Vie en Valeur

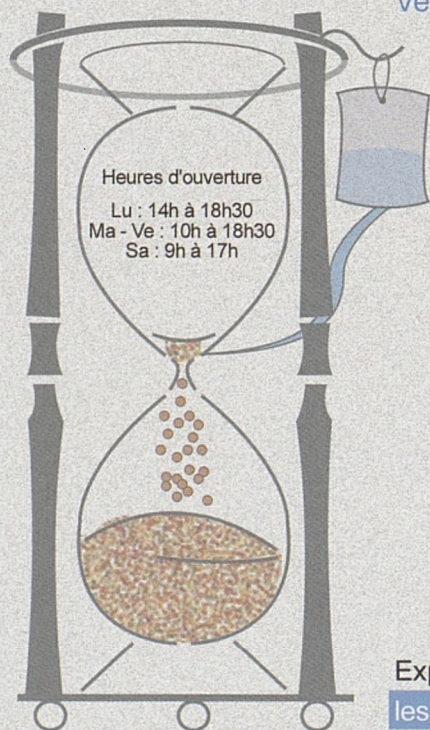


Le mal du temps, ça se soigne !

FORUM DE L'HÔTEL DE VILLE DE LAUSANNE

Du 16 au 26 novembre 2005

Vernissage, le 17 novembre dès 18h



Exposition organisée par

les Hautes Ecoles de la Santé La Source - Bois-Cerf

et si on prenait
le temps...





éditorial

et si on prenait le temps...	3
------------------------------	---

nouvelles de l'école

la formation continue : un espace de créations et d'innovations possibles	5
Genève : 3 nouvelles animatrices de santé en surdité	7
une expérience pédagogique pilote : la formation des animateurs-trices de santé en surdité	9
Françoise Bardet ou L'aventure et la passion du soin infirmier	13
le mal du temps... ça se soigne	14

nouvelles de l'institut

formations continues	15
----------------------	----

nouvelles de la clinique

procréation médicalement assistée (PMA) : la perspective de fonder un foyer pour les personnes séropositives	16
--	----

dossier : et si on prenait le temps...

l'énigme des textures du temps	19
la valse du temps à tous les temps	21
les montres s'envolent dans le temps suspendu	23
le temps au fil des saisons	25
l'un le perd, l'autre le prend	29
et si on prenait le temps de...	31

association

et si on prenait le temps ?	35
-----------------------------	----

faire-part

décès	38
naissances	38
nouvelles adresses	39

Impression et composition : Atelier Grand SA, 1052 Le Mont
Maquette : Emmanuel Siegfried

et si on prenait le temps...

Une exposition au cœur de la ville, sur le thème «*Le mal du temps... ça se soigne!*» est le prétexte qui nous est donné ici pour présenter une réflexion sur le temps.

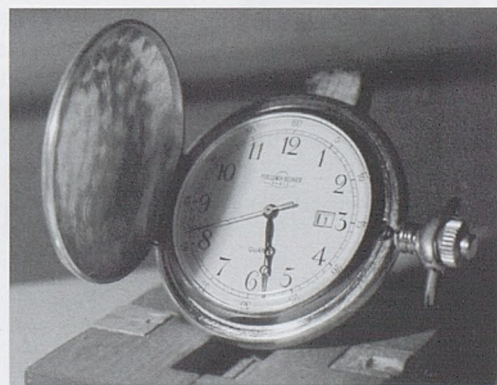
Nous vous invitons à entreprendre un voyage-découverte au cœur de cette thématique qui oscille entre philosophie, pragmatisme et poésie. Le mystère du temps semble bien suspendu à celui de notre vie, comme en témoigne les écrits que vous allez non pas lire, mais prendre le temps de déguster, de savourer, comme l'on savoure un instant de bonheur.

Les différentes textures du temps nous donnent la mesure de nos choix de vie. Vit-on au temps de l'horloge, du loisir, du bon moment ou de l'usure? Savons-nous que nous pouvons choisir et que rien n'est irrémédiable, si ce n'est la mort? Ainsi, selon le philosophe, si le temps «chronos», celui de l'horloge, venait à primer sur tous les autres axes du temps, alors une conjugaison harmonieuse de l'ensemble serait impossible. Car il faut sans doute prendre un temps de loisir suffisant pour apprendre, sans s'user à la tâche, à saisir le bon moment pour faire les choses importantes. Une gageure dans ce monde d'horloges, de délais, de compétition...

Et puis, il y a l'aspect pragmatique et poétique... celui des jardinier et jardinière, Hector et Judith, qui vivent au rythme des saisons, mais qui de même que nous autres doivent organiser leur travail afin que poussent dans leur jardin fruits et légumes. Il s'agit pour eux de «jouer» avec le temps: trop chaud, les plantons «crament» en deux heures... il faut alors les planter en fin d'après-midi; trop humide, on se repose ou l'on accomplit une autre besogne;

trop sec, on arrose la nuit... Le temps est leur outil de travail! Il est aussi celui des météorologues et des conteurs de songes, ceux-là même qui nous ont gratifiés de proverbes et de légendes sur le temps. Ils donnent à savourer un certain regard sur la vie et ses contingences matérielles.

Mais le temps peut aussi être poétique, intérieur, inhérent à la perception de soi, de l'autre, et dans lequel la montre devient le contre-objet métaphorique d'un «retirement certain du monde». Le poète nous entraîne dans un pays de montres sans aiguilles, de quartier de gouttières et de chats, de vieil homme possédant des trésors que l'on cherche à dérober, souvenirs d'enfance qui ont imprimé à jamais la saveur du temps suspendu. Et puis, il y a aussi la valse du temps, celle de Brel, bien entendu, mais aussi la nôtre, la vôtre. Celle qui permet de vivre au présent, celle qui donne la sagesse de savoir s'arrêter, de savoir se respecter en s'octroyant le droit de refuser... Notre rédactrice nous invite à danser sur ce thème du temps, à le décliner sous maintes formes, en fait à l'ap-
privoiser...



© Archives Atelier Grand SA

C'est ainsi que le mal du temps... ça se soigne! Telle est notre affirmation exposée au cœur de la Cité, au Forum de l'Hôtel de Ville de Lausanne, du 16 novembre au 3 décembre 2005.

Cette exposition est une forme de méditation sur le temps dans son rapport avec les soins et l'apprentissage des soins. Qu'est-ce qui nous pousse à vivre, à guérir, lorsque la vie est malade? C'est le temps devant nous, offert, dans sa gratuité. Le temps est l'opportunité qui nous est offerte pour notre développement et notre transformation. Vieillir, oui, se transformer de corps, mais aussi développer son esprit.

Venez avec nous enfilez les perles du temps! Venez découvrir cette exposition dont les buts peuvent se résumer en quatre volets: questionner notre propre emploi du temps; interroger les impératifs divers du prendre le juste temps de soigner; savoir que le développement individuel sous-tend l'effort de se former; ren-

contrer la population et l'informer des changements aussi bien institutionnels que de la formation professionnelle infirmière. L'invitation est claire et généreuse...

Denise Francillon
Archiviste - Historienne

EDITIONS OUVERTURE

D E R N I È R E P A R U T I O N

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

Pasteur, ce sacré métier!



« Mais je veux tenter de dire combien mes années de pratique m'ont changé. Et qualifier ce changement dans son orientation profonde. Il s'agit d'un passage de la méfiance à la confiance. Il s'agit d'une évolution lente, secrète, continue d'une posture où beaucoup de gens et beaucoup de choses me faisaient peur, suscitaient une forme de soupçon ou un esprit de jugement, à une attitude de confiance fondamentale: en l'autre, en moi-même, dans la vie et en Dieu. Confiance fondamentale qu'il faut en même temps dire fragile, traversée d'émotions, de contradictions, de remises en question de tous genres. Mais confiance solide dans son principe, enracinée.

Est-il besoin de dire que la joie liée à mon ministère a crû en proportion de l'apprentissage progressif de la confiance? » (Pierre Genton)

Un ouvrage de 128 pages, couverture quadri laminée au format A5.

Souscription jusqu'au 31 décembre 2005: Fr. 20.- / après Fr. 27.- HT – Forfait unique par expédition quel que soit le nombre d'exemplaires commandés: Fr. 6.- . Parution en octobre 2005.

la formation continue: un espace de créations et d'innovations possibles.

Exemple de la formation d'«animateurs/animatrices de santé en surdité»

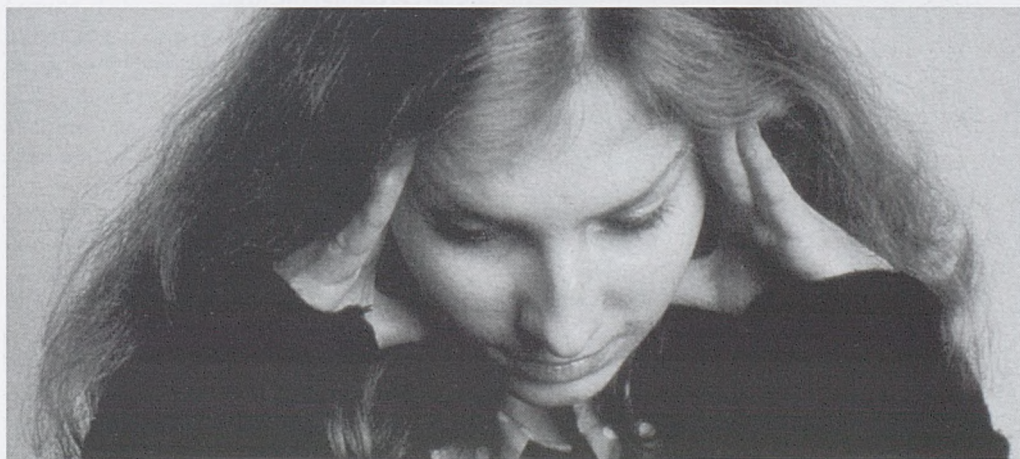
Dans l'article qui suit, les lecteurs trouveront l'expression des principaux partenaires concernés par la formation d'animateurs/animatrices de santé en surdité.

Michèle, Caroline et Isabelle, dans «paroles d'étudiantes», disent l'importance accordée dans le dispositif de formation à la formation par les échanges entre personnes sourdes et entendants, entre enseignants et étudiants. L'accent est mis d'emblée sur la richesse des apprentissages réciproques.

Les étudiantes expriment une grande satisfaction d'avoir eu accès à des informations concernant la santé et la santé de la population des sourds en particulier. En effet, comme le dit si bien Albert Moukolo, la difficulté d'accès à l'information entraîne une inégalité quant à la formation des personnes sourdes par rapport aux

personnes entendants. Manque d'information, désinformation et dé-formation entraînent des problèmes de communication et, peut-être, une forme d'exclusion. Cette formation, unique en son genre, a relevé le défi de vouloir rétablir une certaine équité: meilleure prise en compte des besoins des personnes sourdes, meilleure information, meilleure formation, autant d'éléments qui contribuent au développement de l'autonomie et à la responsabilisation. Aventure qui a surpris plus d'un puisque les enseignants se sont trouvés devant les limites de leurs pédagogies. Car si les étudiants ont beaucoup appris dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, sur le rôle d'animateur ou d'animatrice de santé, sur l'indispensable partenariat avec des spécialistes de domaines tels que: la dépendance, les toxicomanies, la sexualité, etc.), les enseignants ont aussi beaucoup appris.

Les enseignants ont dû, en effet, prendre en compte les caractéristiques des personnes



© Archives Atelier Grand SA

sourdes: tradition de transmission orale et, partant, un rapport à l'écrit (lecture et écriture) plus difficile, investissement supérieur de la fonction visuelle, usage de la langue des signes (LSF), ce qui a nécessité la présence quasi permanente d'une interprète. Ainsi, le dispositif pédagogique, avec cette population mixte d'étudiants, a été spécifique. La transmission des connaissances est médiatisée par une tierce personne qui traduit d'une langue sonore à une langue visuelle (signes) ou vice-versa. De plus, la traduction nécessite un temps d'attente. Cette double mise à distance, par l'interprète et par le temps de l'interprétation, est peut-être d'autant plus nécessaire que la langue des signes et la prédominance du visuel sont beaucoup plus direct, plus « cru », que les codes linguistiques qui recourent à l'abstraction et à la polysémie. Albert Moukolo n'écrit-il pas que l'abstraction serait plus difficile pour les personnes sourdes? Il y a là certainement un champ d'investigation passionnant.

Cette expérience terminée, il reste à cueillir les fruits du travail effectué. La récolte se matérialisera par la remise des certificats lors de la journée de la Haute École de Santé La Source, le mardi 4 octobre 2005. Gageons que ce sera encore une belle expérience puisque la remise des certificats se déroulera avec la participation d'interprètes de la langue des signes et que les personnes sourdes certifiées verront leurs efforts récompensés par un titre et par la reconnaissance sociale de leur place au sein de la communauté des animateurs/trices de santé.

En conclusion, je tiens à remercier tous ceux qui, par leur engagement, ont crû qu'il vaut encore la peine de consacrer du temps et des ressources humaines pour des choses et/ou des causes minoritaires.

Edith Beatrix Kelemen
Responsable de formation

JOURNÉE SOURCE 2005

Début 2006, je cesserai mes activités professionnelles. Pour ma dernière Journée Source, je souhaite réunir tous les diplômé(e)s de l'École depuis 1989.

C'est donc avec le plus grand plaisir que je vous convie à cette rencontre fixée au

mardi 4 octobre 2005 à 14 h 15
au Théâtre du Palais de Beaulieu à Lausanne

Madame Denise Francillon, historienne de l'École, donnera une conférence sur le thème:

Dynamiser la formation et la profession, une histoire de cœur, de mains et de tête

Au plaisir de vous voir nombreux partager ce moment avec nous.

Christiane Augsburgers, directrice

Genève : 3 nouvelles animatrices de santé en surdité

13 personnes ont suivi durant 18 mois la première formation d'animateur/trice de santé en surdité. Parmi les nouveaux diplômés, trois genevoises: Michèle Badan, éducatrice sourde à l'Espace Vinci, Caroline Golay et Isabelle Ansermet, éducatrices entendantes à la Résidence Sarde.

Félicitations! Racontez-nous comment s'est déroulée la formation?

Michèle: J'ai eu du plaisir au niveau des échanges entre sourds et entendants. On se découvrait et c'était riche à tous points de vue. J'ai beaucoup appris et apprécié les thèmes tels que la prévention de l'alcoolisme et des drogues en général ainsi que le rôle de l'animateur.

Caroline: J'ai approfondi mes connaissances dans plusieurs domaines en lien avec la santé. J'ai également été ravie d'apprendre un vocabulaire spécifique (par exemple sur le thème de la sexualité). Le fait d'être un groupe d'élèves sourds et entendants est ce qui m'a le plus apporté. Tout au long des 18 mois, les échanges entre nous ont été très riches. Nous nous sommes aidés. Ce fut un bel exemple de collaboration entre sourds et entendants!

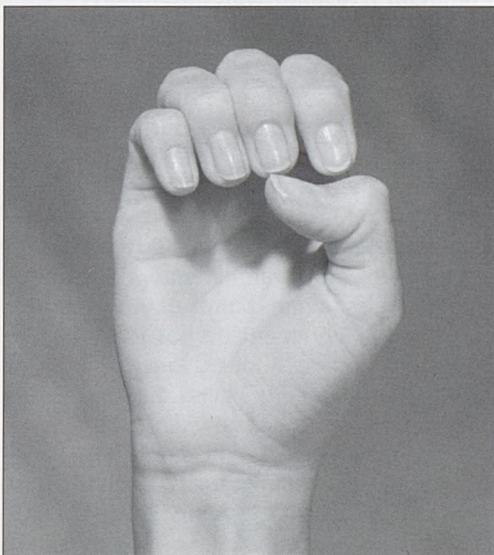
Isabelle: Nous avons eu la chance de rencontrer des professionnels captivants et très investis dans le domaine de la promotion de la santé. Le Professeur Jean Dagron est par exemple venu nous parler de la question de l'accès aux soins pour les sourds et des pôles spécialisés conçus dans différents hôpitaux de France. Des réalisations qui nous font rêver ici en Suisse...

Quel sera votre rôle?

Michèle: Le rôle de l'animatrice de santé en surdité est de donner des informations en LSF à la population sourde et de travailler en tandem avec les spécialistes. Notre rôle est aussi celui d'un médiateur. Nous devons être disponible et ouverts aux besoins des personnes concernant divers domaines de la santé.

Caroline: C'est la première fois en Romandie qu'un groupe de sourds est formé comme animateur de santé afin que la population sourde reçoive des informations de santé en langue des signes.

Notre rôle est de susciter et d'animer des échanges sur des thématiques liées à la santé et de favoriser ainsi la participation de la population sourde à la promotion de la santé. L'animateur/trice de santé est également là pour permettre au Sourds de gérer leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci.



© Archives Atelier Grand SA

L'animateur/trice de santé espère contribuer à réduire les inégalités en matière de santé vis-à-vis de la communauté sourde.

Isabelle: Il faut ajouter à ce qu'on dit mes collègues que les animateurs de santé en surdité ne sont pas des spécialistes: nous n'avons pas suivi une formation de sexologue ou de spécialistes des dépendances. Ainsi répondre à des questions spécifiques ou donner une conférence sur un de ces thèmes est le rôle des experts, en présence d'interprètes. Le but est que les animateurs de santé en surdité travaillent en collaboration avec ces spécialistes, permettent de faire le lien plus facilement entre ceux-ci et les sourds, s'assurent que le message passe, que l'information soit adaptée et encouragent les échanges. Tout ceci doit encore être réfléchi et préparé, afin que les rôles soient clairement définis. Rappelons que cette formation est une première et qu'il faudra se lancer, évaluer et peut-être réajuster notre rôle.

Cette formation est destinée à des sourds et des entendants. Tous les cours étaient en LSF? Comment travailliez-vous ensemble?

Michèle: Les cours étaient en LSF ou enseignés oralement selon que les animateurs de formation étaient sourds ou entendants. Mais en général, c'était oralement. Pour le module de LSF, nous n'avions pas d'interprète car cela n'était pas nécessaire pour les élèves entendants qui connaissaient bien la LSF. Pour réaliser le projet pratique, j'ai travaillé avec Isabelle et Caroline. C'était vraiment intéressant car on n'avait pas les mêmes points de vue et on pouvait discuter librement de nos idées. Malgré des avis différents, nous avons toujours pu nous mettre d'accord. J'ai eu du plaisir à travailler sur ce projet avec elle.

Caroline: Cinq modules sur six ont été enseignés par des spécialistes entendants (à savoir, la sexualité, la surdité, la promotion de la

santé, les dépendances et le rôle de l'animateur). La présence d'un interprète pour les étudiants sourds était donc indispensable pour la plupart des cours. J'ai d'ailleurs trouvé cela un peu dommage mais la réalité est que, jusqu'à présent il n'y a pas de spécialistes sourds ou entendant connaissant la LSF dans des domaines comme la sexualité ou les dépendances. J'espère vivement que la situation évoluera et que pour les prochaines volées de formation les cours seront dispensés en majorité en LSF!

Isabelle: Pour le module «Surdité» nous avons bénéficié de l'intervention de certains professionnels sourds. J'ai trouvé cette expérience, ainsi que les échanges entre nous tous étudiants, très enrichissants. Lorsque nous devions travailler par petits groupes, tout se passait en LSF. Chacun avait une part intéressante et importante à apporter au groupe de par son expérience professionnelle ou personnelle.

Informations:

Association romande pour la promotion
de la santé des personnes sourdes et
malentendantes

Avenue Riant-Mont 1
1004 Lausanne

E-mail info@mains-dire.org

Téléphone 021 311 95 35

Fax 021 311 95 36

Télécrit 021 311 95 37

une expérience pédagogique pilote: la formation des animateurs-trices de santé en surdité

L'association romande pour la promotion de la santé des personnes sourdes et malentendantes *Les Mains pour le Dire* et l'École romande des soins infirmiers *La Source* ont terminé ce printemps 2005 une aventure pédagogique particulière, à savoir, la formation des animateurs-trices de santé en surdité.

Pourquoi une telle formation?

Le projet de former des animateurs-trices de santé en surdité est une émanation des personnes sourdes elles-mêmes qui, suite à la création de l'association *Les Mains pour le Dire*, ont exprimé l'envie de se former.

La répercussion principale de la surdité se place sur le plan de la communication et par ce fait limite l'accès à l'information de toute personne concernée par ce handicap. Ainsi, les sourds reçoivent moins rapidement l'information sur la santé et sont donc plus sujets à des idées fausses. Il est inacceptable et même dangereux que l'accès aux informations de santé d'une partie de la population soit difficile.

Les campagnes traditionnelles de prévention et de promotion de la santé n'ont à ce jour, en effet, eu que très peu d'impact sur cette frange de notre population. Les supports utilisés ne sont pas adaptés. Par exemple, très peu d'émissions médicales télévisées sont sous-titrées, aucune n'est traduite en langue des signes; les brochures et les affiches d'information, écrites en français, sont perçues par un grand nombre de sourds comme étant compliquées, imperméables à leur compréhension, ne correspondant pas à leurs représentations sociales.

Les sourds ont une compréhension essentiellement visuelle du monde qui les entoure et préfèrent communiquer dans une langue qui leur est propre. La langue des signes française (LSF) est la *langue naturelle* des sourds de Suisse romande. Ses modalités gestu-visuelles permettent un accès précoce, direct et complet à la communication. Comme les langues orales, elle s'est développée au fil du temps et continue son évolution. Très peu de sourds maîtrisent la langue française ou les autres langues nationales.

La formation d'animateurs-trices de santé est une première en Suisse. Elle répond au postulat que les chambres fédérales ont unanimement adopté le 17 août 1994 et qui stipule: «*Le Conseil fédéral est invité à reconnaître la langue des signes pour l'intégration des sourds et des malentendants et à l'encourager dans l'éducation, la formation, la recherche et la communication, à côté du langage parlé*».

Les objectifs visés par cette formation étaient les suivantes:

- former des animateurs-trices de santé en surdité;
- développer en langue des signes une terminologie propre au domaine de la santé et la faire connaître;



- permettre aux sourds, grâce aux personnes formées, de gérer leur propre santé, de faire des choix favorables à celle-ci, dans le prolongement de leur identité culturelle et sociale;
- contribuer à réduire les inégalités en matière de santé vis à vis de la communauté sourde.

Afin de garantir à tous l'égalité des chances, il était primordial de faire en sorte que l'information sur la santé des individus soit assurée et que les moyens en œuvre soient adaptés aux difficultés de communication et de compréhension des personnes visées. La meilleure stratégie était de répondre favorablement à la demande des sourds.

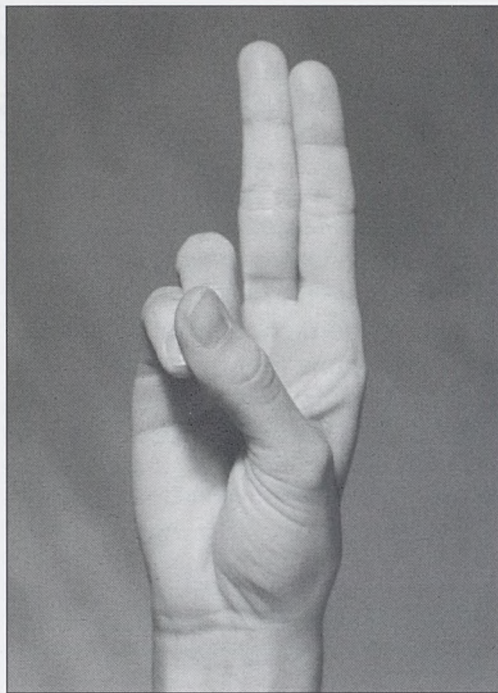
La « construction » de la formation

Mylène Badoux, Albert Moukolo (pour *les Mains pour le Dire*) et Isabelle Fierro-Mühlemann (pour *la Source*) ont travaillé à l'élaboration des options pédagogiques et du programme de la formation.

Elle s'est inspirée du système modulaire «Modula» créé par la Centrale suisse des modules. Ce système a été choisi pour les raisons suivantes:

- analogie avec le Certificat «Promotion Santé» de l'École la Source, ce qui permet des éventuelles passerelles pour certains étudiants voulant approfondir le domaine;
- cohérent par rapport au niveau de formation de base de la majorité des étudiants (CFC);
- pertinent par rapport à la finalité: constituer un pool d'animateurs-trices de santé en surdité.

La formation devait permettre l'acquisition de connaissances théoriques et méthodologiques de base dans les domaines que l'animateur-trice devra exercer en collaboration avec des professionnels de la santé et selon les directives et l'accompagnement de l'associa-



© Archives Atelier Grand SA

tion *Les Mains pour le Dire*. Les options pédagogiques visent le développement de compétences opérationnelles, pratiques.

Des descriptifs des différents modules comprenant entre autre, les compétences visées, la fonction visée, le contrôle de la compétences ont été réalisés. Des critères de validation de la compétence ont été formulées sous forme de consigne.

Le programme

Le programme pédagogique était axé autour des modules suivants:

1. Éducation sexuelle
2. Surdité
3. Promotion santé
4. Animation santé en langue des signes
5. Dépendances
6. Rôle de l'animateur

Chaque module a fait l'objet d'un thème spécifique, dispensé en fonction de son volume.

La formation des animateurs-trices de santé en surdité a eu lieu durant 16 mois d'études, s'étendant de janvier 2003 à juin 2004, soit 315 heures de formation (à raison de 3 jours consécutifs par mois) et 15 jours de stages pratiques.

Trois sessions d'évaluation (novembre-décembre 2004, février 2005) ont clos la formation.

Les partenaires dans la formation

Cette entreprise pilote a pu aboutir grâce à la collaboration multidisciplinaire des partenaires suivants:

- L'association *les Mains pour le Dire* pour les modules *surdité* et *rôle de l'animateur*
- L'École *la Source* pour le module *promotion de la santé*
- Le Service d'éducation sexuelle *Pro Fa* pour le module *sexualité*
- L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme (ISPA) pour le module *dépendances*
- La Fédération suisse des sourds-Région romande (FSS-RR) pour le module *animation en langue des signes*.

Une commission pédagogique, réunissant les initiateurs de la formations et les intervenants responsables des modules, se réunissait tous les 3 mois pour échanger.

Ce sont 13 personnes (dix sourds et trois entendants) qui ont participé à cette formation.

Le rôle attendu de l'animateur/trice de santé

Il s'agira de co-animation sur divers questions de santé, en tandem avec des «spécialistes». L'irremplaçable compétence de l'animateur-trice de santé en surdité sera de pouvoir aller au cœur de la logique sourde qui souvent échappe à la personne entendant.

Une logique que même le plus compétent des interprètes ne saurait rendre compréhensive et efficace. C'est un rôle de facilitateur, en ce sens que l'animateur-trice doit permettre d'augmenter les chances non seulement de compréhension mais surtout d'adhésion aux concepts et messages de prévention.

Un premier bilan

Nous commencerons par certaines des difficultés rencontrées. Nous n'allons pas toutes les énumérer, mais vous faire partager celles qui nous sont apparues comme les plus significatives.

- Le système modulaire (modula) était novateur par rapport à des options pédagogiques plus classiques ou linéaires. Cela a demandé un important travail d'appropriation de la part des intervenants pédagogiques.
- Pour des raisons souvent internes, des institutions partenaires ont changé d'intervenants en dernière minute, ce qui ne nous a pas alors facilité la tâche, étant donné que pour la majorité, c'était la première fois qu'ils s'adressaient à des sourds. Il a fallu donc revenir par exemple sur les consignes particulières de communication.



© Archives Atelier Grand SA

- La spécificité de la population sourde a demandé un investissement important de la part des intervenants non expérimentés pour adapter les contenus et méthodes pédagogiques à ce public étudiant hétérogène sur plusieurs plans (formation de base, différentes expériences sociales, différents niveaux de maîtrise de la langue des signes, etc.).
- Les étudiants sourds nous ont souvent fait part, surtout au début de la formation, des difficultés pour eux à appréhender les aspects théoriques des problèmes débattus, à cause de leur rapport à l'abstraction.
- Nous avons aussi ressenti de l'anxiété chez les étudiants face à l'exigence de contribuer au développement de mini-projets de promotion de la santé, arguant de leur inexpérience.
- Le besoin de plus de temps chez les sourds pour saisir les objectifs visés par l'intervenant, pour s'approprier les concepts développés.
- Il était souvent illusoire de compter sur la complémentarité de l'écrit. Pour la plupart des étudiants sourds, lire demandait un trop grand effort. Le matériel pédagogique visuel adapté à cette population est malheureusement encore rare.
- Toutes les personnes sourdes ont tenu à suivre cette formation jusqu'au bout. Seule une étudiante, entendante, y a renoncé.
- Les étudiants ont pleinement collaboré avec les intervenants dans la recherche d'une pédagogie appropriée.
- L'ambiance de travail était studieuse.
- Sur les treize étudiants inscrits au départ, dix ont satisfait aux exigences établies et obtiennent le «Certificat d'animatrices de santé en surdité»

Pour conclure,

nous dirons que les sourds n'ont pas de problèmes spécifiques de santé. Ils souffrent des mêmes maux que les entendants, amplifiés toutefois par le problème de la communication. Jusqu'ici, il n'y a eu ni professionnels de la santé, ni volontaires sourds formés et capables de transmettre directement des notions de santé essentielles à la communauté sourde.

L'association Les Mains pour le Dire, a voulu, avec l'École la Source et les autres partenaires, offrir à un groupe de sourds et d'entendants possédant un bon niveau en langue des signes, la possibilité d'acquérir des connaissances de base concernant la santé et sa promotion.

En dépit de ces difficultés compréhensives dans un projet pilote comme celui-ci, cette formation aura été une «aventure» réussie.

| Albert Moukolo

Sarah Chobtham – Caroline Dvorak – Chaibia Gerzner
Saskia Grossfeld – Marina Hansford – Crystel Musy – Mélanie Paroisse
Séverine Pillet – Joëlle Savioz

ont obtenu leur diplôme Niveau II.

Nous leur souhaitons bon vent pour leur future carrière !



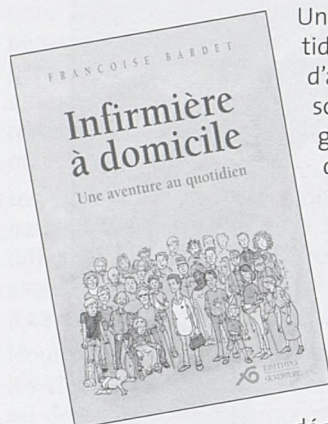
Le mal du temps... ça se soigne!

Une exposition au cœur de la Cité,
organisée conjointement par la Haute
Ecole de la Santé La Source et l'Ecole
supérieure de soins ambulanciers
Bois-Cerf et Centre d'enseignement
des Soins d'urgence
Forum de l'Hôtel de Ville de Lausanne
place de la palud
du 16 novembre au 3 décembre 2005

Lundi >14h00 à 18h30
Mardi au vendredi >10h00 à 18h30
Samedi >9h00 à 17h00
Vernissage >17 novembre dès 18h00

Attention, contrairement à ce qui a été annoncé précédemment, l'exposition est prolongée jusqu'au 3 décembre 2005. Les autres informations sont identiques. En lien avec cette exposition, la 12^e conférence du cycle « La Source dans la Cité », aura lieu le jeudi 24 novembre, à 19h 00, à la Haute Ecole de la Santé La Source, à l'Auditoire Leenaards. Monsieur Pierre Pradervand s'exprimera sur le thème suivant: « Victime ou responsable de mon temps ? ».

Françoise Bardet ou L'aventure et la passion du soin infirmier¹.



Une infirmière en santé publique qui écrit son « aventure au quotidien », c'est sûrement, vous direz-vous, un petit livre plein d'anecdotes drôles ou tristes, illustrant une réflexion sur les soins à domicile et l'humanité... Eh bien! non. Il s'agit ici d'un gros livre nourri de situations de vie et de rencontres. Au-delà des activités et du quotidien d'une infirmière de santé publique œuvrant dans le canton de Vaud, il nous introduit dans le contexte suisse de la formation, de la profession, de la santé communautaire et du système de santé, de ces 35 dernières années.

C'est donc pleinement à une aventure personnelle et professionnelle que nous convie l'auteur, guide passionné et convaincu, accompagné de tous ses personnages. Que de découvertes attachantes (Ah! Madame Bintou et sa famille ou « Flipper ») ce parcours nous renvoie au nôtre et à nous-même.

Le voyage est scandé de manière originale, avec des étapes par thèmes, surprenant le lecteur par leur approche. Tout est suggéré et ouvre aux questions. Même des thèmes délicats, comme le voleur de la voiture-confidente ou la formation en soins infirmiers, ne contiennent ni jugement ni analyse de compréhension: posé, ils incitent à la réflexion. Nous sommes au-delà des descriptions et des explications, pièges dans lesquels il est si facile de tomber lorsque l'on « dit » sa pratique.

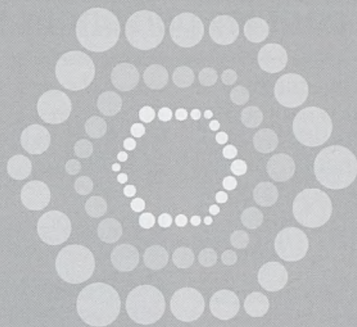
L'écriture est fine et légère, claire et prenante, à l'image des dessins qui rythment la lecture; le récit dit LE SOIN et l'attitude soignante, infirmière avec amour, pudeur, respect, humour, conviction et professionnalisme... sans oublier les quelques « coups de gueule », la malice et les moments d'émotion joliment dosés, bien spécifiques à l'auteur.

Merci! Françoise pour ce livre qui illustre bien la phrase de Claude Roy (1976): *Écrire pour se souvenir, se conserver? Projet de réfrigérateur. On écrit plutôt pour se devancer, s'inventer, s'ouvrir*. Nous savions que tu avais des dons d'écrivain, puisque tu as déjà gagné un prix de l'Association suisse des infirmières et infirmiers lors d'un concours de récit de la pratique. Bravo! d'avoir eu le courage de les développer au service des soins infirmiers et, par-là, de continuer à avancer et à t'inventer.

Le livre de Françoise Bardet sera en vente à la Journée Source le 4 octobre, cadeau à se faire ou à faire.

Antoinette de Gautard Rayroud

¹ BARDET Françoise – Infirmière à domicile – une aventure au quotidien – Le Mont-sur-Lausanne, Éditions Ouverture, 2005, p. 367



INSTITUT LA SOURCE

FORMATIONS CONTINUES:

- pratiques soignantes
- pratiques d'encadrements
- pratiques pédagogiques
 - éthiques et sociétés
- responsabilité morale et juridique

Penser l'action dans une perspective soignante

Institut La Source

43, Avenue Hoche – 75008 Paris

Tél.: 01 40 55 56 57 – Fax: 01 40 55 56 58

E-mail : info@institutlasource.fr – Site internet: www.institutlasource.fr

• Paris • Lausanne • Bruxelles

2005 • 2006

procréation médicalement assistée (PMA): la perspective de fonder un foyer pour les personnes séropositives

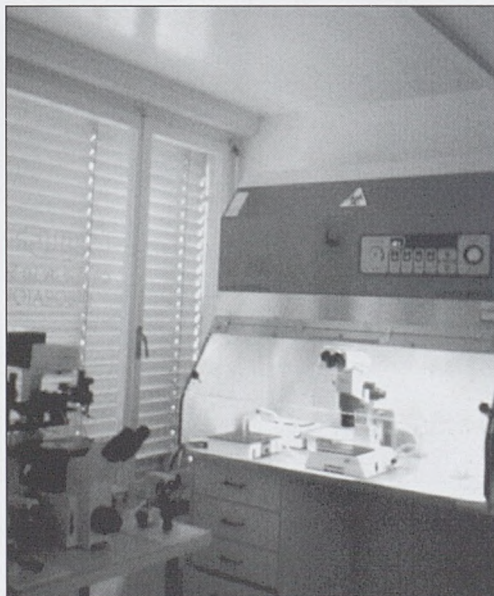
En 1983, lorsque les premiers cas de HIV sont déclarés en Suisse, la communauté scientifique s'est tout d'abord penchée sur la compréhension de la maladie: le SIDA. Parmi ces personnes, il y avait notamment des femmes enceintes qui ont donné naissance à des enfants eux-mêmes atteints par le virus.

En 1996, les premières trithérapies ont offert à ces personnes de nouvelles perspectives de vie, notamment le fait de fonder une famille avec toute la sécurité qui leur est offerte par le biais de la PMA. En Suisse romande, depuis 2005, un seul centre, le DAP (centre de Diagnostic et d'Assistance à la Procréation) de la Clinique de La Source bénéficie d'une autorisation cantonale de pratiquer ces actes dans un cadre sécurisé et de haute technologie.

Après une année d'écritures des procédures biologiques, de création d'un laboratoire dédié uniquement à la prise en charge de ces couples, de contrôles de qualité au niveau européen, d'intégration au groupe européen des laboratoires spécialisés dans ce domaine (groupe CREAThE), de mise au point de techniques de dosage en biologie moléculaire pour les mesures de virus dans le sperme, de restructuration des locaux de congélation de cellules et de validation de la totalité de l'organisation par un expert neutre, nous avons touché au but avec l'aide précieuse du médecin cantonal et de son assistante. Une équipe pluridisciplinaire de médecins, dont un nouveau groupe de gynécologues, des infectiologues, endocrinologues, urologues, psychologues, généticiens, pédiatres et même un médecin conseil en éthique ainsi qu'un groupe de spécialistes de la biologie de la reproduc-

tion et de la biologie moléculaire complète ce tableau.

Jusqu'alors, les couples étaient invités à se rendre à l'autre bout de la Suisse, à St.-Gall où une équipe ne pratiquait que les inséminations de sperme mais pas de FIVETE. Le problème linguistique ajoutait à la pénibilité de cette démarche nécessitant déjà un grand sacrifice de la part de ces couples. Le DAP de la Clinique de La Source a donc pour mission d'offrir ce service aux couples atteints notamment par le virus HIV, ce qui est le cas pour les patients privés et ceux de l'hôpital cantonal universitaire de Genève.



Hotte avec loupe et micromanipulateur à gauche dans la zone de haute sécurité.

Est-ce si on prenait le temps

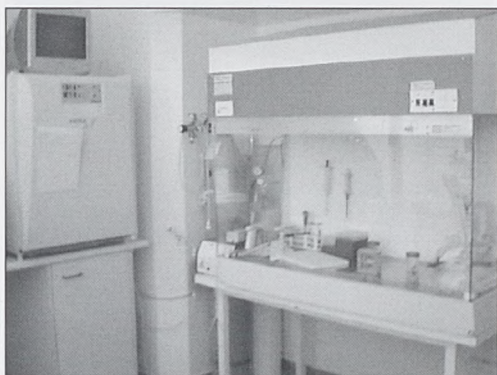
Certains lecteurs se demanderont si de telles méthodes sont justifiables. Est-il normal que l'on recourt à la PMA pour les couples sérodiscordants (dont l'un des partenaires est atteint par le virus)? La question nous a déjà été posée à plusieurs reprises. Une récente étude la Swiss HIV Cohort met en lumière la discrimination que subissent les personnes HIV positives, alors que celles-ci ont une espérance et une

caux et ceci sur le long terme. C'est valable pour les personnes HIV positives, et pour tout autre personne atteinte d'une hépatite C ou B. De même, les enfants nés séropositifs dans les années 80 ont maintenant atteints un âge où la question de la procréation est clairement posée. Bien traités, ils peuvent espérer devenir parents, grands-parents. Leur démarche est donc légitime et leur refuser toute aide serait contraire à l'esprit de la constitution fédérale dans son chapitre: Droits fondamentaux.

Nous voulons offrir à tous ces couples la possibilité d'accéder à des techniques de PMA leur offrant une sécurité maximale compte tenu de l'état de nos connaissances actuelles. Toute la démarche pourra à l'avenir être effectuée dans notre institution avec une infrastructure de haute sécurité qui est, en peu de temps, devenue une référence sur le plan national. C'est le fruit d'un travail gigantesque (139 procédures écrites pour la PMA) accompli par les biologistes et le personnel des laboratoires de la Clinique de La Source avec le concours des médecins liés au DAP et ceci pour le bien des couples sérodiscordants et de l'enfant à naître.

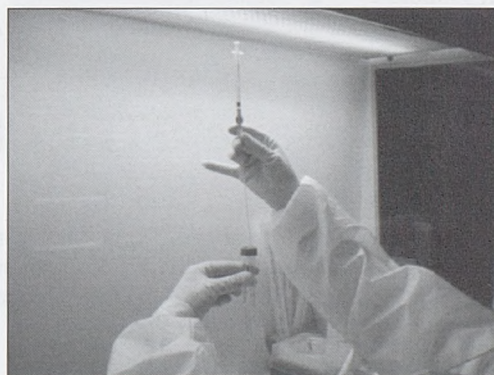
Jean Balmer
Chef des laboratoires

qualité de vie leur permettant de fonder une famille. Dès lors que la technologie existe, que l'on peut assurer avec un taux de succès considérable la prise en charge de ces couples et de l'enfant à naître, pourquoi le leur refuser? Ne devrait-on pas également refuser la congélation de sperme avant chimiothérapie d'une personne atteinte d'un cancer ou de tout autre maladie pouvant entraîner la mort du patient avant que l'enfant né d'une PMA n'atteigne sa majorité? Au yeux de la loi (LPMA), le bien de l'enfant est un élément central dont nous devons tenir compte avant tout. C'est dans cet esprit que s'inscrit notre démarche au DAP de la Clinique de La Source en offrant la possibilité aux parents de réduire au maximum le risque de contamination du partenaire non infecté et de l'enfant à naître par une prise en charge de spécialistes médicaux et non médi-



Zone de préparation de sperme de patients contaminés par un virus.

© Archives CLS



Préparation de sperme en zone de haute sécurité.

© Archives CLS



Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

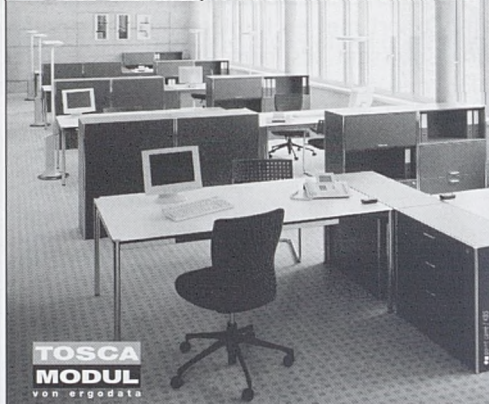
ENERGIE
LUMIERE

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

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

interoffice
Gavillet SA

Fabrication suisse...
... flexibilité, modularité et sobriété!



TOSCA
MODUL
von ergodata

interoffice
Gavillet SA

Interoffice Gavillet SA
Rue Beau-Séjour 1
Case postale 2852
CH-1002 Lausanne

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

Inscription au Journal Source

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

Inscrivez-vous vite!

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

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

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

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

Conseils, devis et projets sans engagement

■ et si on prenait le temps...

l'énigme des textures du temps

Y a-t-il pour l'éthique et l'exigence de vivre l'éthique un « temps » différent de celui des chronomètres? Répondre non à cette question reviendrait à faire de l'éthique un chapitre de la technique. Ce n'est donc pas la réponse que je voudrais apporter à cette question dont l'importance n'échappe à personne.

La question du temps est très énigmatique pour nos esprits fondamentalement – mais peut-être pas irrémédiablement – marqués par la logique temporelle de la raison technique. Le concept newtonien du temps qui sous-tend l'exercice de la raison technique n'est qu'une forme dérivée, réduite et réductrice d'un temps originaire beaucoup plus riche. Il reste difficile de spécifier les modalités du temps vécu si l'on s'enferme d'emblée dans la perspective du temps mesuré. C'est pourquoi, dans l'espoir d'opérer le déverrouillage de l'éthique à l'égard du concept newtonien du temps, je voudrais recourir aux trésors de la langue grecque.

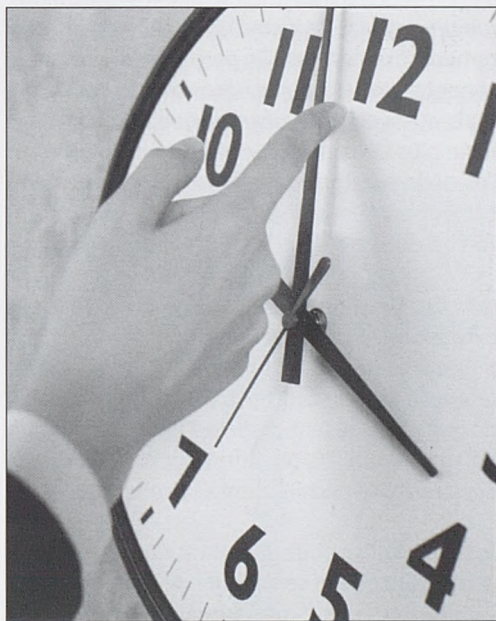
Celle-ci dispose de plusieurs mots pour dire le temps. J'en relève quatre principaux:

- «chronos» que nous retrouvons dans *chronique*, *chronomètre* et *chronologie*;
- «scholè» que nous retrouvons dans *scolaire*, *scolarité* et *école*;
- «kairos» que je ne retrouve dans aucun mot français.
- «diatribè» que nous retrouvons littéralement dans *diatribe*.

«Chronos» désigne le temps considéré dans sa durée mesurable. C'est le temps de l'horloge. C'est le temps des performances sportives ou

industrielles. C'est le temps des intérêts bancaires. C'est le temps des rendez-vous. Ce mot désigne aussi en grec les temps anciens.

«Scholè» désigne le temps disponible pour vivre quelque chose, comme dans l'expression française «avoir le temps de...»; c'est à proprement parler le loisir; l'école est donc pensée en grec comme le lieu où l'on trouve le loisir de... s'instruire, de mûrir, de croître. Comme le voulait Comenius, l'école devrait être ce lieu où, loin de se trouver comblée par de multiples connaissances prépensées, notre disponibilité se trouverait aiguisée, creusée, systématisée. La véritable école est l'école du loisir (au moyen âge, les théologiens parlaient dans le même sens de l'*otium monasticum*: la vie religieuse dans les monastères était censée creuser la disponibilité des moines et non leur bourrer la tête de dogmes). C'est le temps au



© Archives Atelier Grand SA

cours duquel on s'approprie l'héritage. Ce temps s'oppose à celui de l'homme d'affaire (*a-scholos*) et de son négoce (*neg-otium*). C'est finalement le temps de la méditation. Le temps que l'on peut prendre lorsqu'on peut le perdre...

«Kairos» désigne à proprement parler «le bon moment pour faire quelque chose»: aussi bien «le moment de manger ou d'aller dormir» que «le moment magique où l'inspiration vient et où il faut écrire ou peindre ou...» ou encore «le moment opportun pour déclencher des élections», etc.

Quant à «diatribè», c'est un mot qui avait en grec un sens premier apparemment fort éloigné de celui qui est le sien aujourd'hui en français et que le *Petit Robert* énonce ainsi: «querelle d'école amère, violente et injurieuse». Sa signification première est indiquée par la composition du mot: le préfixe «dia-» signifie «de part en part» et le substantif «tribè» l'*usure* par frottement. «Diatribè» signifie donc à proprement parler l'action d'user un tapis jusqu'à la trame, de ronger une viande jusqu'à l'os, d'éliminer complètement un vêtement. On perçoit évidemment la connotation de la *durée* nécessaire à l'opération, mais aussi celle de néantisation: à la fin, il ne reste plus de laine sur le tapis, ni de viande sur l'os, ni de substance aux fibres du tissu. La «diatribè», c'est la *néantisation* par usure, au sens où l'on dit encore aujourd'hui: «Je l'aurai à l'usure».

Les significations secondaires, dérivées par extensions successives, confirment cette interprétation: «diatribè» signifie encore le délai, le retard, l'action de faire passer le temps, la réunion de gens qui causent de belles lettres, l'entretien philosophique; et, par conséquent sans doute, également: le déchirement et la discorde.

Je retiendrai surtout la connotation d'usure par frottement et son sens figuré de «discorde» qui signifie en latin l'«opposition des cœurs», le

contraire de la concorde. La diatribe est donc le lieu où l'usure de la parole se substitue à sa fécondité. C'est le contraire de «dialogue» qui signifie «la parole de part en part», qui est lui le lieu où peut se tisser la concorde. La diatribe est donc en définitive le lieu du diabolique c'est-à-dire le contraire du dialogue qui est, lui, le lieu du symbolique. La pratique du dialogue est féconde et cette fécondité se déploie dans l'engendrement mutuel. Tandis que la pratique de la diatribe, qui est celle des sophistes et que trop de philosophes partagent avec la plupart des politiciens, non seulement est stérile mais précipite ses protagonistes dans le néant qui résulte de l'usure de la parole.

J'appellerai

- «chronos»: le temps de l'horloge,
- «scholè»: le temps du «devenir soi»: maturation, croissance c'est-à-dire le temps de l'héritage et de l'appropriation, le temps de la méditation,
- «kairos»: le temps de la création, et
- «diatribè»: le temps de l'anéantissement.

L'horloge, le loisir, le bon moment et l'usure. Ces quatre textures du temps ne sont pas étrangères l'une à l'autre: il faut sans doute prendre un temps de loisir suffisant pour apprendre, sans s'user à la tâche, à saisir le bon moment pour faire les choses importantes.

Mais cette «saisie» ne serait plus possible si le temps «chronos» venait à supplanter les autres textures du temps vécu. Comment résister à cet empire du «chronos»? Sans doute par la méditation sur la mort qui vient...

Jean-François Malherbe
Philosophe

la valse du temps à tous les temps

Le grand Jacques... Brel, pour ne point le nommer faisait valser les mots avec sa valse à mille temps! Temps et pas comptés... Temps égrené.... Temps escompté... une autre manière de compter le temps à défaut de le conter... à défaut de le vivre en toute légèreté!

Disposons-nous suffisamment de temps pour laisser voguer nos idées, nos pensées, nos rêves, nos aspirations? Sommes-nous vraiment à l'affût de l'instant présent ou bien sommes-nous influencés par les caprices du temps? Tourmentés, dépités, agacés par le manque de temps, la course après le temps... ce temps qui s'écoule invariablement....

Arrêter le temps, le suspendre, pour réapprendre à respirer, à deviser, à paresser, à savourer davantage d'oisiveté... S'appliquer, mettre ses intentions en mots, ses mots en paroles, en images... se laisser bercer par la musique des mots, de tous les mots, pour **un éloge de l'in-temporel... un éloge du temps suspendu...**

Le mal du temps ça se soigne! oui mais comment? **comment!** Tentative de réponse: en jouant, en délirant, en jonglant avec le temps... peut-être même en le courtisant, en le raillant... en s'ingéniant à vivre un court instant le moment présent, l'unique instant... Pour oublier quelques temps... ce temps qui ne cesse de me narguer quand je lui cours après... que je maudis parfois... que j'aimerais tant ralentir quand il m'échappe... que j'aimerais maîtriser et sans doute dominer... Prétention tout à fait déraisonnable et carrément aux antipodes de mon intention de donner du temps au temps... de tenter de le vivre au présent... de le vivre intensément!

Comment vivre son temps ardemment sans le gaspiller? En le grappillant, en l'économisant, en le chantant, en l'estimant? Vivre le temps présent en le respectant, **en se respectant.**

Le mal du temps se vit au quotidien à travers le stress, la compétitivité, la course au rendement, la consommation à outrance, la communication accélérée, l'intoxication de l'information, les contraintes horaires, le rythme soutenu voire effréné, les exigences toujours plus élevées... Face à tous ces facteurs il s'avère extrêmement difficile de résister à toutes ces agressions, de ne point être submergé... Être capable de gérer son temps, en tout temps, à tous les temps... Aventure périlleuse!

En divers lieux, il est courant d'être témoin de certains refrains ou plutôt de litanies «je n'ai pas le temps», «je n'ai plus le temps», «je cours après le temps», «j'ai l'impression de gaspiller mon temps», «c'est affreux, je ne vois pas le temps passer», «j'aimerais avoir plus de temps», «j'en ai assez de perdre mon temps», «le manque de temps m'insupporte»...



© Archives Atelier Grand SA



Le temps est décliné sous maintes formes: il est chanté «*je n'aurais pas le temps*», «*le temps des cerises*»... il s'écrit «*à la recherche du temps perdu*»... il est semé «*je ne chante pas je sème le temps*»... il est poétisé «*Ah! Que le temps vienne Où les cœurs s'éprennent.*»

Se donner le temps, le temps de... est-ce réaliste ou utopique! En fait la notion de temps est arbitraire, elle est propre à chacun de nous. A bien y réfléchir nous vivons le temps selon nos aspirations, nos attentes, nos perceptions, nos besoins, nos désirs, nos valeurs... en fonction de nos sens, de nos réalités, de nos impondérables, de nos frustrations, de nos contraintes... La valeur attribuée au temps est personnelle. Chacun vit, ressent le temps, son temps à sa manière.

Pourtant nous avons souvent l'impression de ne plus maîtriser notre temps, de passer à côté de l'essentiel et peut-être même de survoler les «cent ciels». Sentiment d'être bousculés, violentés, harassés, dominés, trompés par le temps ou plus exactement par ce temps qui nous fait défaut... qui semble nous défier; temps ennemi, temps maudit qui se gausse de notre infortune à vouloir le dominer!

La sagesse implique de vivre avec le présent. Selon les maîtres Zen, le présent est l'éternité. D'ailleurs vivre au présent est l'un de leurs préceptes. Concrètement comment s'approcher de cet état de grâce! En s'efforçant d'apprécier chaque bribe du temps, en invitant ses yeux,

ses oreilles à jouir de l'instantanéité... en modifiant son rythme, en choisissant ses priorités de vie, en répondant à ses espérances...

Reconnaître la valeur du temps en tentant de chasser de son vocabulaire le mot vite ou bien en l'utilisant avec parcimonie.

Notre société nous engage à nous précipiter, cette course démesurée nous la subissons ou bien nous la tolérons ou bien nous l'acceptons; puis à bout de souffle nous la refusons.

Un événement particulier, une réponse somatique peuvent nous faire prendre conscience de notre inaptitude à prendre soin de nous-mêmes, à revendiquer le temps véritable, celui de la convivialité, de la sérénité, de la spontanéité, de l'insouciance, de la fantaisie... Temps authentique celui de notre être, de notre faculté à être et non à paraître...

Comment soigner le mal du temps?

S'octroyer le temps d'être, de s'offrir la liberté d'être pour un temps donné, d'accueillir l'instant présent, de se laisser aller à la contemplation pour éveiller sa conscience... Vivre le temps autrement... Le Regarder... Le Ressentir... Le Sentir... S'en Étourdir... En Frémir... En Déglutir...

Être témoin du temps qui s'écoule inlassablement...

Éventuellement soliloquer... *aujourd'hui j'ai tout mon temps... je dispose de beaucoup de temps... j'ai décidé de prendre le temps... je vais employer mon temps à me faire plaisir... je vais prendre le temps de ne rien faire... je vais prendre le temps d'écouter le temps...*

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice Journal La Source

les montres s'envolent dans le temps suspendu

Temps intérieur. Temps extérieur. Perception de soi. Perception de l'autre. Dedans. Dehors. Quel temps je porte? Je le traduis par une métaphore. Celle du boîtier. Du boîtier d'une montre. Invisible. Silencieuse.

Quelles montres je porte? A quelle main? Je retiens d'entrée le pluriel, car des montre j'en porte plusieurs. Je ne les porte pas forcément sur moi. Rarement de fait. Pour être franc jamais. Ce qui ne m'empêche pas d'avoir une haute considération pour les montres. J'aime les montres qui me laissent vaquer à mes occupations. En toute vérité je n'ai pas de montre. Pour être plus précis, je n'en ai qu'une qui ne m'a pas oublié. C'est une montre de poche avec un cadran à chiffres romains sur lequel la trotteuse, l'aiguille des secondes, se manifeste par sa singulière absence, comme une invitation à retenir le pas. Boîtier dépourvu de motif sinon de lignes entrecroisées à peine encochées dans l'argent mate. Le cadran n'apparaît qu'après une pression manuelle ferme sur un clapet excentré de la figure cerclée, permettant au couvercle à ressort de se dresser sans empressement. Cette montre-là passe des heures entières, en réalité la majeure partie de son existence, dans un retirement certain du monde. Suspendue à la clé du vaisselier du 19e siècle dont le battant des fenêtres vient frapper tantôt le côté, tantôt le dos, lorsque je vais chercher un verre à vin. Lorsque cela m'arrive, arrive dans la même intemporalité la rencontre inattendue, déclenchée par le geste quasi mécanique d'ouvrir l'armoire vitrée. Je me plais alors à la frôler de mes mains à sentir ses lignes incurvées, les yeux fermés, ce seul geste me transportant instantanément dans un souvenir d'enfance, celui-là même qui m'a amené un

jour, à adopter cet objet que je ne porte jamais, que n'empoche toujours, que j'emmène avec moi dans des moments particuliers. Elle me fait sortir du temps et le retrouver. Cette montre n'a jamais servi de montre. Les aiguilles sont toujours arrêtée entre VI et VII, entre le soir et le matin. Son silence nourrit longtemps.

Lorsque j'étais enfant, je disposais souvent de moments durant lesquels j'observais ce qui se passait autour de la maison grand paternelle à plain-pied de laquelle mon père avait aménagé son salon de coiffure. La devanture du salon, une grande baie vitrée, ouvrait sur la place de l'église à droite, sur le café de la place en face, et sur la gauche, elle laissait entrevoir, une petite ruelle sombre et sans issue, direction dans laquelle jamais personne ne s'orientait. Ce quartier de gouttières se répartissait en de multiples recoins et escaliers en labyrinthe. Ceux qui descendaient conduisaient sans détour vers de profondes caves voûtées, légèrement humides, d'une fraîcheur souterraine. Des tonneaux de bois, de chêne immenses occupaient par rangée de cinq, la cave qui ne se laissait deviner qu'après avoir poussé la porte trop lourde pour mes épaules. La lueur d'une lampe à huile se mêlait aux saveurs de vin magnifique. Je ne m'y attarde pas sous peine de ne pas retrouver le chemin vers la sortie. Les escaliers qui montaient m'intriguaient davantage.



© Archives Atelier Grand SA



© Archives Atelier Grand SA

Je reconnaissais la silhouette du vieil homme qui apparaissait contre la balustrade rustique sur laquelle je n'aurais pas pris le risque de m'accouder. J'ignorais ce qu'il faisait de ces journées. Il m'intriguait. Plusieurs fois j'avais tenté, pendant que mon père prenait soin de ses visiteurs anonymes, de suivre le vieil homme, sans jamais parvenir à mes fins, considérant qu'il dépassait les limites de l'espace familier, au-delà duquel je n'osais encore m'aventurer. Je revenais m'installer dans le quartier des escaliers, attendant patiemment le retour du vieil homme, observant pour m'occuper le comportement de quelques autres coutumiers de la ruelle des chats, ainsi nommée. Je comptais les chats de passage et décomposais le mouvement des félins les plus audacieux. Un jour, constatant que la porte du mazot du vieil homme était entrouverte, l'ayant aperçu un peu plus tôt en partance vers un je ne sais où, je m'introduisis par la fente de

la porte, pratiquement sans la faire grincer. Une seule fenêtre amenait au compte-gouttes un éclairage maigre sur l'unique pièce de l'habitation. J'étais paralysé. D'émerveillement. L'air y était sec, fixe, poussiéreux. Pris par l'émotion, je retenais la respiration. Sur la table en sapin, des objets se distinguaient dans la pénombre, sous le filet de lumière sobre à l'horizon duquel ils étaient posés. Des montres! Plein de montres! Je n'avais jamais vu ça. La plupart ne fonctionnaient pas. Étaient-elles en état de réparation? Cet homme était-il un «montrier»? Jamais je n'avais imaginé un tel trésor à côté de la ruelle des chats. Je ressortis de là le souffle coupé! Quelques mois plus tard, j'appris avec stupéfaction la mort de l'homme aux mille montres... Retournant alors dans son mazot, le cœur crispé, tendu, pour sentir une fois l'absence de tic-tac de ses joyaux, je constatai avec désolation que toutes elles avaient disparu. Les montres! – univers intime de cet homme, vivant en solitaire – n'étaient plus là. Elles y étaient pourtant encore hier seulement. Je n'ai jamais trouvé d'explication me permettant de dénouer cette énigme. Sans doute avait-il un ami qui n'avait pas pu venir le voir avant sa mort, qui aura su prendre soin de ces montres à remonter le temps! Lorsque je regarde la montre se balancer à la porte du vaisselier, quand je vais y prendre un verre à vin, ma pensée se déporte et je pense à cet homme dont j'appris le nom après sa mort: Joseph Nicoud. Il m'a fait prendre conscience, sans même que nous échangions un seul mot de la valeur du temps, du temps suspendu.

Olivier Taramarcas

Réseau intergénération.ch

Pro Senectute Suisse, Simplon 23, 1800, Vevey.

le temps au fil des saisons

Sur le marché, chaque samedi, je retrouve Hector devant son étal de fruits et légumes biologiques. Que le temps soit au gris ou au bleu azur, Hector authentique artiste jardinier, philosophe à son heure, accueille ses clients d'un sourire généreux.

Je me suis demandé quelle notion du temps pouvait avoir des maraîchers comme Hector et sa femme Judith, quel sens donnent-ils au temps, quel est leur rapport au temps?

Alors je les ai rencontrés à Apples dans leur magnifique maison «en Fermens». Hector et Judith habitent dans une clairière au milieu d'une forêt. Dans cet article, j'ai le plaisir de vous livrer l'essentiel de notre discussion à propos du temps. Temps ennemi, temps ami? La solution au travers des mots....

Chacun a sa propre définition du temps... Hector et Judith bien entendu ont la leur...

Quand on évoque le temps, il y a bien sûr le temps météorologique... et le temps... le vrai temps? «Ce sacré temps après lequel on court tout le temps» même si l'on a fait le choix d'être maraîchers, le problème du temps est loin d'être résolu. comment faire pour bénéficier de plus de temps... c'est en fait une question d'organisation.

Le temps, représente à la fois un outil de travail et une contrainte qui fait partie intégrante de leur vie. Judith a une mémoire quasi infaillible

sur le temps des années précédentes. En effet, elle est attentive aux prévisions météorologiques, c'est un automatisme puisque tout se décide en fonction du temps. Sur le marché, les commentaires des clients l'amuse car leur perception du temps est souvent erronée, les repères sont distincts.

Qu'est ce que cela implique d'être tributaires du temps?

Certains travaux effectués à l'extérieur ne peuvent pas se réaliser quand le temps est trop froid, trop humide ou trop sec. A l'instar de petits plantons tout fragiles exposés en plein soleil sous une forte chaleur qui «crament» en deux heures. Par conséquent il est impératif de s'organiser pour planter en fin d'après-midi et arroser durant la nuit. La pluie quant à elle signifie toute interruption de plantation. La récolte pour les marchés ne peut être différée, alors il faut s'équiper en fonction des caprices du temps. S'il fait très chaud, il s'avère nécessaire de cueillir les salades très tôt le matin, par contre un temps couvert permet de cueillir les salades sans aucune hâte.



1. Maison des années 1802, rénovée en 1912. Maison classée ayant appartenu à une famille bernoise puis maison de garde forestier.

En réalité «*pour nous c'est une chance de jouer avec le temps*», quand nous pouvons le gérer et assurer nos plantations.

A présent nous avons la chance de bénéficier d'un endroit privilégié comme cette clairière, avec ces variations climatiques. Nous nous sentons favorisés par rapport à ce qui se passe tout près de chez nous.

Être tributaires du temps au quotidien! est-ce difficile à vivre?

«*Nous le vivons très bien car cela fait partie de notre travail quotidien. Pour nous c'est une chance puisque nous sommes au cœur des saisons, en pleine nature*». Notre situation n'a rien à voir avec des personnes qui travaillent dans des bureaux ou pire dans des locaux borgnes. C'est vraiment une chance d'être en contact étroits avec les variations climatiques. C'est quelque chose de merveilleux. Heureusement que cela est comme ça. «*Ce temps qui change, qui n'est jamais le même, qui nous embête parce qu'il pleut de nouveau et ainsi de suite... c'est aussi une chance si l'on pense à l'Afrique ou à l'Amérique du Sud où dès le matin il fait invariablement chaud et sec pendant deux mois environ*».

Ici, dans notre région, ce qui est appréciable c'est qu'au mois de novembre les dernières récoltes sont réalisées et la mauvaise herbe disparaît. Durant l'hiver nous avons le marché et nous continuons à travailler à l'extérieur. La terre se repose pendant la saison froide puis l'année d'après nous nous réjouissons de recommencer, ce n'est pas lassant. La contrainte inhérente au changement de temps cadre notre travail alors en quelque sorte c'est une contrainte positive. Il est vrai que parfois un printemps très pluvieux amène des tensions voire beaucoup de stress. «*Dans les tunnels par contre il y a toujours à faire donc dans notre cas, le changement de temps est*

tellement intégré que pour nous cela ne représente pas un problème». Nous vivons avec, nous avons une certaine philosophie. Il est vrai que dans la paysannerie il est très fréquent de se plaindre, il y a toujours quelque chose qui ne va pas. Il y a toujours une récolte qui a raté, qui a moins bien prospéré, moins bien poussé que prévu alors on a toujours matière à se plaindre.

Le temps pour Judith et Hector?

«*Cela fait partie de notre travail, c'est un outil de travail*». Tout le monde travaille avec le temps mais pour nous c'est vraiment un facteur important. Le marché sous la pluie ou un marché sous le soleil ne se vit pas de la même manière; le temps a une influence phénoménale sur les gens qui peuvent même déprimer. Aucun impact sur nous, par contre nous sommes éreintés car travailler sous la pluie entraîne une fatigue considérable, les bottes sont plus lourdes, les vêtements sont trempés, le corps est très pesant.

«*L'influence du temps... c'est une bonne idée de réfléchir sur ce thème car on n'y pense pas vraiment*». Nous avons constaté que le temps peut agir sur le comportement de nos clients, par exemple, si la pluie est annoncée le samedi, ce n'est pas la peine de prendre des fraises par contre s'il fait très beau les gens se les arrachent!

Nous entendons diverses théories, des dictons à propos du temps à savoir: si les hirondelles volent bas il va faire mauvais, si elles volent haut il va faire très beau. La plupart du temps cela s'avère exact, c'est une autre manière de juger le temps.

Les repères par rapport au temps qu'il va faire!

«*Le repère principal est la radio. Généralement les prévisions sont exactes sauf quand la situation est*



© V. Hausey-Leplat

Hector et Judith, l'organisation de leur temps...

Nous nous accommodons avec le temps, en regardant le temps... L'autre temps, celui qui file trop vite... «*Nous nous organisons en tenant un carnet journalier, en effectuant des comparaisons avec les autres années.*» Nous notons des repères de dates, le temps de travail, nous essayons de tenir compte de chaque nouvelle expérience, de chaque nouveauté. Par rapport à l'organisation cela vient tout seul en fonction du temps, soit des activités à l'extérieur soit à l'intérieur. L'été, Hector peut travailler durant 15 h par jour, d'ailleurs cela représente pour lui moins de fatigue que le marché du samedi matin.

Hector souligne qu'ici «*les changements sont fantastiques, c'est différent du Pérou où l'hiver il fait 15 degrés et l'été 40; on compte les deux minutes de jour en plus, on vit selon les saisons, on regarde le temps de près.*» Pour Hector c'est un réel plaisir de travailler avec la présence du soleil et du jour.

Aux gens qui lui posent des questions sur le temps, Hector dit «*laissons le temps décider, tu sais la seule chose que je sais, c'est qu'aujourd'hui je ne sais rien.*» En Suisse, il a appris à travailler avec le temps, il estime son temps en fonction du temps qu'il fera. Ainsi dans sa campagne, il vit dans un autre monde, tout en ayant un rapport autre avec le temps qu'il consacre à son travail et à tout ce qu'il apprécie de ce monde bio. «*J'ai appris à aimer la nature, on vit là au milieu de la forêt on reste tranquille, on va dans les villages, on respire un autre air que celui de la ville.*»

Judith et Hector ont constaté que les gens s'intéressent au temps surtout pour savoir quel temps il va faire samedi ou dimanche. «*Nous autres nous avons un autre reflet par rapport au temps puisque l'on vit chaque jour*

très instable.» Nous sommes conscients du changement radical climatique. On juge le temps d'une manière trop simpliste, on fait beaucoup trop de dégâts avec le temps. Le temps il change à cause des gens, la pollution, les eaux qui montent... Les individus sont-ils vraiment tous conscients du changement climatique? «*On ne peut pas prévoir le temps à 100%.*» Si l'on se réfère aux témoignages des anciens, les manifestations climatiques, les catastrophes sont beaucoup plus importantes et fréquentes. Les changements qui s'opèrent sont vraiment très conséquents. Il existe une prise de conscience mais se rend-on vraiment compte des dégâts? Un fatalisme subsiste, une certaine impuissance devant l'énormité du problème.

en pleine nature. Sur le marché les clients sont rassurés quand on leur explique le pourquoi des choses car ils comprennent d'où viennent les produits, que cela fait partie intégrante de la nature.» Ils racontent qu'au supermarché personne n'est vraiment disponible pour expliquer pourquoi il y a pénurie de tel ou tel légume, le rapport à l'autre est anonyme, impersonnel. Ce qui les amuse: les clients qui n'ayant aucune idée des saisons demandent, au mois de février, des courgettes car ils ont lu une recette avec des courgettes. Alors Judith, avec patience, leur explique que la courgette ne supporte pas le gel. «Ce que nous trouvons drôle c'est que les gens s'excusent.»

Samedi dernier, en plein été, un client demande des potimarrons: «*Mais s'il vous plaît il faut arrêter il fait encore beau!*» lui a rétorqué Hector. Réclamer des tomates en plein hiver!... il faut respecter les saisons... la tomate ne rimant pas avec un temps froid.

Tous deux estiment que si nous avions tous les fruits tout au long de l'année cela serait lassant, la notion de plaisir n'existerait plus. On devrait cuisiner par rapport au temps... une soupe en hiver, une salade en été... puisque la cuisine se compose en fonction du temps.

L'importance du temps... «*nous sommes en solaire dans notre maison. Donc nous dépendons complètement du soleil, de la luminosité et pour les tâches domestiques nous agissons en fonction de l'ensoleillement.*»

Le temps réagit avec nous, le temps nous donne des leçons. On pleure sur une catastrophe... mais la mémoire est très courte. on vit trop vite... complètement dépendants de tellement de choses.

En guise de conclusion qu'elle nomme anodine, Judith explique que l'heure d'été l'embête. A présent à six heures le matin, il fait encore nuit et ils doivent se lever très tôt



© V. Hausey-Leplat

pour récolter. Au printemps cela l'ennuie aussi car pendant deux semaines elle sent la fatigue l'envahir, car elle perd ses repères....

Repères du temps si primordiaux quand on vit avec le temps, parfois même contre le temps, au gré des caprices du temps... en calculant le temps... mais toujours avec bonheur, entrain et passion. Passion qui émane de leurs visages... touchante complicité qui se lit dans leurs clins d'œil tout au long de notre entretien.

Véronique Hausey-Leplat
Rédactrice Journal La Source

L'un le perd, l'autre le prend

La langue française, – hormis les idiomes et autres particularismes locaux, tels que, en Suisse Romande « avoir meilleur temps de... » – ne compte pas moins de quatre vingt expressions, pour la plupart encore couramment utilisées, qui incluent le mot « temps ».

Le texte qui suit, et qui bien évidemment ne prétend à aucune exhaustivité, est plus un exercice de style qu'un récit, en forme de clin d'œil et d'hommage à notre langue.

Antoine

17 juin 2005, 16h40, Gymnase Club

Il prit sa douche en deux temps trois mouvements, but son jus multivitaminé en même temps qu'il rajustait sa montre à son poignet (geste hautement périlleux pour un autre moins habile que lui).

« Et en plus un temps de chien » grommela-t-il en rajustant de le col de son caban.

C'était bien en continuité avec la journée d'esclave qu'il venait de passer. La réunion au sommet du début de l'après midi avait fini de l'achever. Spectacle de fantoches. N'avait-il pas assez payé de son temps et de sa personne, pour qu'on le menace perfidement que, s'il ne prenait pas le temps de réfléchir à de nouvelles orientations pour l'entreprise qu'il dirigeait, on lui ferait rapidement comprendre qu'il avait fait son temps et que personne n'hésiterait à le pousser sans égards vers la sortie ?

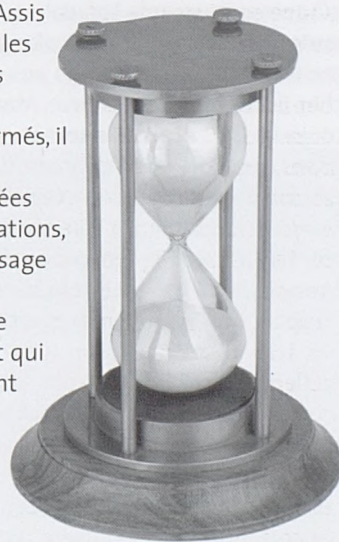
« Le temps c'est de l'argent » lui avaient-ils seriné durant une heure et demie. Qui le savait mieux que lui, qui fabriquait des mouvements

pour montres mécaniques depuis presque deux décennies ? Il était grand temps qu'il leur dise leurs quatre vérités, à ces actionnaires sans scrupules. Il fomentait son complot, mènerait en temps utiles les manœuvres qui lui laisseraient le champ libre. Patience et longueur de temps font plus que force ni que rage...

Et maintenant il courait dans les couloirs du métro, puisqu'il était évident qu'il ne parviendrait jamais à temps à son rendez vous s'il avait pris son véhicule à cette heure ci. Le temps perdu dans les transports l'épouvantait toujours, tout comme celui passé à dormir d'ailleurs.

Tout comme l'avait épouvanté cette lettre venue de nulle part, qui à plus de 50 ans était parvenue à ébranler l'implacable efficacité de ses jours. Lui si prompt à faire la pluie et le beau temps dans la vie de sa famille, de son entourage et de ses collaborateurs avait soudain perdu la maîtrise d'une partie de lui-même, puisqu'il s'agissait de son passé.

Il lui restait 20 minutes avant son rendez vous. Assis dans la rame, les pieds dans les flaques des parapluies fermés, il comptait les minutes passées entre deux stations, temps de passage sans records, immuables de conformité, et qui inévitablement chez lui provoquait un spasme du genou incontrôlable.



Que lui voulait-il, ce Grégoire qui semblait si bien connaître ses secrets? Parler de la pluie et du beau temps? Le faire chanter? Le menacer? Dans quelques minutes il saurait.

Grégoire

17 juin 2005, dans l'après midi

«Dommage que la terrasse ne soit pas installée...» dit-il au serveur qui, comme sur la valse à 1000 temps de Brel, semblait virevolter entre les tables en déployant des trésors d'instable équilibre. «Bah ça vous empêchera pas de prendre du bon temps en sirotant votre café, M'sieur».

Grégoire sourit. Il avait du temps devant lui avant son rendez vous, et aimait par-dessus tout laisser paisiblement le temps couler. D'aussi loin qu'il se souvienne, il ne s'était jamais ennuyé, n'avait jamais eu à tuer le temps, ne l'avait jamais trouvé long. Il aimait observer, regarder les passants affairés se croiser, leur inventait destins et gloires, en souriant de lui-même qui vivait de l'air du temps.

«Ô temps suspends ton vol» supplia-t-il; l'attente dans laquelle il était plongé était finalement délectable... Après 50 ans passés à chercher, il l'avait enfin retrouvé. Mams le lui avait toujours dit... «Laisse le temps au temps, mon grand, regarde, La recherche du temps perdu est composée de huit tomes...»

Mams était partie, un soir, et ne s'était jamais réveillée; mais il entendait encore son sourire et sa main fraîche dans les cheveux lorsqu'elle lui disait cela, il y a peu de temps encore....

Alors, il s'était mis à chercher; il avait passé son temps à glaner le moindre indice, petit Poucet ayant égaré ses cailloux; ces derniers temps, tout s'était soudain accéléré, il avait retrouvé cette femme à la Salpêtrière qui l'avait tellement aidé.

En temps normal, il n'aurait sans doute jamais osé envoyer cette lettre, préférant de nature que le temps fasse son œuvre. Autres temps, autres mœurs, il s'était fait violence et avait obéi à ses besoins, il lui avait écrit...

Alors que le temps des cerises passait en fond dans le café, il le vit s'approcher, le cou engoncé dans son caban...

«Je est un mon autre» sourit-il.

Danièle

Août 1955, hôpital de la Salpêtrière.

Elle se remettait doucement, du haut de ses seize ans, de la douleur immense qui lui avait fouaillé le ventre.

Sa mère l'avait laissée là sur le perron. «Ne reviens pas ton père ne veut plus te voir». Une infirmière lui avait souri, le premier sourire des derniers mois passés.

Dans la chambre, elle la vit s'éloigner, une nuque attentive, une blouse blanche et des pas qui donnaient l'impression de ne jamais toucher le sol tellement ils étaient silencieux. Elle avait rempli tous les papiers, et, ultime orgueil de mère, elle avait tenu à leur donner des prénoms.

Les deux minuscules têtes s'éloignaient, et passèrent la porte vitrée. Définitivement.

| Christine Barros

et si on prenait le temps de...

En juin 2003, plusieurs sourciennes de la volée d'automne 1959 se réunissent dans le jardin de l'une d'entre elles, à Gourze, dans le but de préparer la journée Source 2004, qui fêtera leur 45^e anniversaire d'entrée à l'école.

Ce jour là, nous avons le bonheur de retrouver notre amie Elsa. Partie s'installer au Cameroun pour sa retraite, elle nous parle avec passion de son nouveau pays d'adoption, de sa maison construite à la mode du pays, mais en dur, de son mode de vie: *on se lève avec le soleil, on se couche tôt, pas d'électricité, on a tout le temps.* Elle nous invite à venir la trouver l'année suivante en nous assurant que nous serons tous les bienvenus.

Après un an de discussions, relancées par plusieurs de nos maris curieux de visiter le Cameroun et d'expérimenter une plongée de vie dans l'Afrique noire, le projet de voyage prend forme au cours de rencontres conviviales chez l'une ou l'autre d'entre nous. Six Sourciennes, et quatre maris se préparent à rejoindre notre camarade camerounaise.

Janine et Claude Annaheim-Blanc
Marianne Coutaz-Roggen
Lyska Gremion-Balmer
Anne-Marie et Max-André Hopf-Notz
Colette et Raffaele Leanza-Dubois
Eliane et Jacques Ruch-Leuenberger

Elsa nous a préparé deux semaines de visites, réservé des hôtels, organisé les transports dans le pays et nous accueille le mardi 12 avril à l'aéroport de Douala, accompagnée de porteurs et de son fidèle bras droit, Jean, qui lui sert de secrétaire et de chauffeur, organisateur, homme de contact.

Premières impressions.

Il fait chaud, trente degrés à l'ombre et très humide. Après une soirée à Douala, nous repartons en bus pour Kribi, au sud du pays, 160 km. Nous traversons un pays magnifiquement vert, chaque coté de la route bordé de palmiers à huile, de bananiers, de roseaux de chine d'arbres somptueux, de fleurs. Tout au long du trajet, nous voyons des habitations de bois très rudimentaires, et de nombreuses églises, catholiques, Témoins de Jéhova, Neo Apostoliques, etc.

Nous nous installons chez Elsa et à l'hôtel des Anges au bord de la baie du même nom, hôtel tenu par une Camerounaise suisse par mariage, ayant travaillé vingt cinq ans dans un EMS près de Saint-Gall et par là bien au courant des habitudes et de la propreté suisse.

Pendant une semaine, nous découvrons le monde d'Elsa, ses voisins pêcheurs, Simon le cultivateur, Philippe le vagabond qui vient tous les matin prendre son repas au levé du soleil, les trois chiens, la chèvre, les moutons et les poules. Elsa n'a pas d'électricité mais un frigo à gaz et, grand luxe, un château d'eau qui permet d'avoir de l'eau au robinet et une douche en plein air.



© J. et Cl. Annaheim-Blanc

Nous faisons connaissance d'Alilou, jeune camerounais de 25 ans, l'homme de ménage, Ainsi, sur le budget d'une infirmière retraitée, Elsa offre deux emplois et une formation pratique. Grâce à son encadrement, Jean est maintenant capable d'organiser un voyage, communie par internet et Alilou commence à lire des livres.

Nous nous baignons dans un océan parfois agité de grosses vagues, parcourons d'immenses plages désertes, partageons de joyeux repas à l'hôtel ou chez Elsa, papotons et nous remémorons de bons souvenirs. Nous accompagnons notre amie au marché, et constatons que tout le monde la connaît. Cependant, cette cohorte de visiteurs blancs n'est pas très bien appréciée et nous devons refréner notre envie de photographier. Nous visitons la région, nous faisons une excursion en pirogues sur le fleuve La Lobé, bordé d'arbres majestueux.

Nous partons en brousse, jusqu'à Bipindi, où nous visitons un internat pour les enfants pygmées, créé il y a une cinquantaine d'années par l'église catholique. Notre amie Elsa soutient et fait partie du comité de l'école. Cet internat regroupe quelques dizaines d'enfants, venant de toute la région. Sans cet internat, les enfants pygmées, dont la population est considérée comme une sous-classe, n'auraient pas accès à l'école. Durant les deux premières années, les leçons sont données en dialecte puis passent progressivement au français. Les enseignants pratiquent la méthode pédagogique ORA (Observer Réfléchir Agir).

Pour nous remercier de notre visite, les enfants nous chantent dans leur dialecte, les chansons du pays. Les enseignants et la cuisinière nous entraînent à partager leurs danses, dans la liesse générale.



© J. et Cl. Annaheim-Blanc

Au Cameroun, tout le monde marche. Les enfants font en souvent dix kilomètres pour aller à l'école, tout se transporte à dos et principalement sur la tête.

Les taxi-brousse, (voitures ayant déjà effectué leurs premiers cent mille kilomètres en Europe) ou petites motos chinoises permettent à ceux qui ont un peu d'argent, de se déplacer dans la région. Des bus souvent super-bondés desservent les villes principales.

Tout au long de la route, des centres de santé sont installés, le Cameroun forme de bons infirmiers et infirmières, mais la plupart des gens n'ont pas les moyens de se faire transporter lors de maladie ou accidents. Ce n'est pas rare de voir mourir un enfant, d'un accès de paludisme, faute d'avoir l'équivalent d'un demi Euro pour le transport. Le troc se pratique entre cultivateurs, pêcheurs. La plupart des indigènes n'ont jamais eu dans leur poche un billet représentant plus de quelques euros.

Durant tout le séjour, nous sommes handicapés par nos billets de banque en coupures de 10 000 CFA (15 EUROS), les gens n'ayant pas de monnaie.

Nous visitons également une guérisseuse et son hôpital de cinquante lits. En fait de lits, ce ne sont que de simples châlits à deux ou trois places, dans des baraquements montés sur la terre battue. Cette guérisseuse soigne les maladies « mystiques » par des décoctions de racines et de plantes qu'elle va cueillir en forêt. Elle a hérité le don de son père, et les malades viennent de très loin, (même d'Europe dit-elle). Elle renvoie les malades de maladies physiques chez les médecins. Les clients de la guérisseuse la payent en mouton, chèvre ou autres. Jean notre chauffeur nous signale que cette médecine est plus chère que la médecine officielle. Nous nous sentons un peu voyeurs dans cet hôpital en terre battue, où les patients nous regardent passer avec apathie.



© J. et Cl. Annaheim-Blanc

Voyage à l'ouest.

La deuxième semaine Elsa nous délègue son bras droit (Jean), engage un chauffeur de l'ouest, région que nous allons visiter et nous partons en minibus. Nous visitons les grandes chefferies, le sultanat de Foumbam, les marchés de tissus de Bamenda, la région de Limbé, au pied du mont Cameroun, avec son volcan culminant à plus de quatre mille mètres déversant sa lave jusqu'à la mer, et couvrant ses plages de sable noir.

Nous découvrons un pays plus riche, culture d'ananas, papayes, bananes, légumes, des villes aux boutiques de mécanique, de toute sortes de matériel de maison, de meubles rembourrés. Tout au long de la route, de nombreuses habitations en bois, des enfants qui jouent sans jouet, des femmes et surtout des hommes inactifs, des marchés en plein air de viande, légumes, fruits, vêtements.

A chaque sortie de ville ou grand village, nous sommes arrêtés successivement par la police, la douane, l'armée, la sécurité routière et d'autres personnages moins officiels, pour des contrôles, des péages ou back chiche. Nous sommes heureux de laisser nos guides

camerounais négocier notre passage, certains de ces porteurs d'uniformes se prenant très au sérieux. A chaque arrêt, nous sommes assaillis par des vendeuses de cacahuètes, eau minérale (ou de ruisseau...). bananes, papayes, bâtons de manioc, huile de palme ainsi mouchoirs ou autres bricoles.

Nous avons plongé tous les dix dans une Afrique noire sans touristes, dans un pays luxuriant mais où les gens ne cultivent que ce qu'il faut pour faire vivre leur famille. Dans ce pays, on a le temps, on anticipe jamais, l'humour et la convivialité sont rois et le contraste entre les sols en terre battue le portable et la télévision est partout présent. Les enfants sont paisibles, les femmes et les hommes sont beaux. Dans ce climat chaud et humide qui invite à la nonchalance, nous avons pris le temps de partager l'amitié en découvrant le pays d'adoption de notre amie Elsa.

| Janine et Claude Annaheim-Blanc

Cagna
FLEURS

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



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

Le pays en bref.

Le Cameroun, pays situé au milieu de l'Afrique Centrale, est surnommé l'«Afrique en miniature» en raison de sa diversité culturelle et géographique.

Situé entre l'équateur et le tropique, le Cameroun se présente comme un grand triangle s'inscrivant entre l'Océan Atlantique, le lac Tchad et le bassin du Congo. d'une superficie de 475 000 km², il a des frontières avec le Nigeria, le Tchad, la République Centrafricaine, le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale.

Depuis 1982, Paul Biya élu président de la République détient les rênes du pouvoir et après une longue période de régime de parti unique, le multipartisme est introduit au Cameroun par la loi du 19 décembre 1990. En 1997 le président de la République est réélu au suffrage universel pour 7ans, avec 97% des voix. En 2004, réélection avec 78% des voix. Le Cameroun malgré ces légères avancées entre petit à petit dans la démocratie mais a encore beaucoup de chemin à parcourir... la corruption du pouvoir étant une gangrène difficile à faire disparaître.

Données démographiques :

- 15 millions d'habitants, dont 42% en milieu urbain
- Francophones 80% anglophones 20%
- Espérance de vie: hommes: 53 ans - Femmes: 56 ans
- Population de moins de 20 ans: 56%.
- Population de plus de 64 ans: 4%.
- Taux de scolarisation: 48
- Population par médecin: 12 500 habitants
- Population par infirmière: 1 852 habitants
- Religions: 40% de chrétiens, dont 25% catholiques et 15% protestants, 20% de musulmans et 40% animistes

et si on prenait le temps?

Thème choisi pour ce numéro du journal. J'ai alors pris le temps de retrouver ces quelques vers, fruits modestes de mes réflexions sur le temps, il y a quelques années.

Le temps

On part avec un temps donné,
On ne le sait pas en naissant.
Cela paraît l'éternité
Pour un enfant.

Vient le moment de travailler;
Pour ce long temps de dur labeur,
Il faut savoir bien monnayer
Pour son bonheur.

Pour un baiser, pour une larme,
Le temps d'aimer va apaiser;
Ce temps-là devient une arme
Pour triompher.

Au fil des ans, le temps s'égrène,
Pas de temps mort, on court, on vit,
On rêve d'une vie sereine
Pour son esprit.

C'est la retraite, le temps béni,
Où l'on nous paie pour bien placer
Ce temps précieux enfin acquis
Pour savourer.

Le temps donné est terminé,
Il reste le temps d'un soupir,
Cette fois ce sera le dernier
Mais... pour mourir.

Huguette Muller

Le temps passe... l'automne est là. Voici la liste des fêtes de l'Avent et de Noël dans les groupes de Suisse. Prenez le temps d'y participer nombreuses.

LA BROYE

Mardi 6 décembre 12h00
Auberge du Chemin de fer, Moudon

JURA

Mercredi 7 décembre 12h00
Hôtel Victoria, Delémont (Place de la Gare)

NEUCHÂTEL

Mercredi 7 décembre 12h00
Home des Charmettes

ZURICH-APPENZEL

Samedi 10 décembre 14h00
Salle de Paroisse, Hotzenstrasse 56

YVERDON

Lundi 12 décembre 14h00
Salle de Paroisse Pestalozzi

GENÈVE

Jeudi 15 décembre 12h00
Résidence Colladon, Petit-Saconnex

LA CÔTE

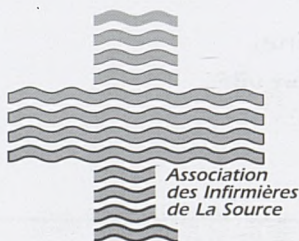
Vendredi 16 décembre 12h00
Hôtel Mont-Blanc, Morges

LAUSANNE

Mardi 20 décembre 12h00
Restaurant Le Delta, Pully Bâtiment de la gare

VEVEY-MONTREUX

Jeudi 22 décembre 14h30
Hôtel Pavillon, Vevey (en face de la gare)



La Source crée des liens

L'Association les maintient

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

CCP 10-2712-9 – Lausanne

JOURNÉE SOURCE

du 4 octobre 2005

Conférence de
Mme Christiane Augsburger

10h00 au 1^{er} étage du
Restaurant du Rond-Point de Beaulieu

**Qu'est-ce qui a changé
de 1988 à 2006?
Qu'est-ce qui n'a pas changé?**



**Et si vous optiez pour une assurance
qui voit votre entreprise telle qu'elle est?**

www.vaudoise.ch



Différents, parce que vous l'êtes aussi.

Inscription au Journal Source

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

Inscrivez-vous vite !

Décès

Marie-Madeleine Geneux-Cuénod (volée 1945) décédée le 28 juin 2005

Marianne Husi-Jeanrenaud (volée 1935) décédée le 11 juillet 2005

Marcelle Cornu-Fornerod (volée 1935) décédée le 13 juillet 2005

Toute notre sympathie aux familles dans le deuil.

Naissances

Lilly, née le 8 juillet 2005, pour la grande joie de ses parents Alexia Stantzios (diplômée en mars 99) et David Curchod

Flore, née le 14 août 2005, pour la grande joie de ses parents Mathilde (diplômée en mars 99) et Sacha Veuve.

Stéphane, né le 22 août 2005, pour la grande joie de ses parents Jocelyne (diplômée en oct. 01) et Qais Al -Sayegh -Métrailler

Evan, né le 6 septembre 2005, pour la grande joie de ses parents Sandra et Guy Stotzer (technicien MAV à l'Ecole La Source)

Toutes nos félicitations aux heureux parents.

L'art à la Source



Clinique de La Source

Galerie

DU 25 AOÛT 2005
AU 23 OCTOBRE 2005

ANNE-LISE KAHR

DU 27 OCTOBRE 2005
AU 8 JANVIER 2006

JEAN-CLAUDE DIAN

VERNISSAGE LE JEUDI
27 OCTOBRE 2005 A 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE

Vous qui appréciez ce journal, aidez-nous!

Tout d'abord en renouvelant votre abonnement. Vous n'ignorez pas combien votre présence est précieuse: c'est d'abord pour vous que nous éditons chaque trimestre un nouveau numéro pour vous informer et vous faire partager nos idées depuis 115 ans.

Et puis nous avons besoin de nouveaux abonnés! Nous comptons sur vous pour nous faire connaître, nous savons par expérience que la publicité directe, de bouche à oreille, est la plus efficace.

D'avance un grand merci!

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

N° postal/Localité: _____

Date: _____ Signature: _____

Renvoyez-nous ce bulletin sous enveloppe affranchie à
La Source, Haute Ecole de la Santé, Journal Source, av. Vinet 30, 1004 Lausanne ou par fax au 021 641 38 38.

Nouvelles adresses

Marie-France Bach Guex
Ch. de la Fontaine 2
1009 Pully

Micheline Delord-Frey
13 rue Roger Sabatier
30000 Nîmes
France

Anne-Marie Eschmann-Beday
Ermitage 32D
Av. des 4-Marronniers 30
1400 Yverdon-les-Bains

Jean-Marcel Gaille
Ch. du Reposoir 11
1007 Lausanne

Anne Kratzer
Rte de St-Légier 6
1800 Vevey

Catherine Leroy-Beaulieu-Reist
Case postale 516
1992 Les Mayens-de-Sion

Olivia Marmier Aghliouich
Rue de la Corsaz 8
1820 Montreux

Nadia Perraudin
Rte de la Capite 180
1222 Vesenz

Marianne Schlup-Gaudard
Ch. Saugettas 7
1033 Cheseaux-Lausanne

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Walter Hesbeen, Phyllis Wieringa.

Responsables de la parution

Christiane Augsburger, directrice.
Alexia Stantzos, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice.

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

Abonnement

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

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

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
Internet: www.lasource.ch

Directeur général

Michel R. Walther

Directeur des Soins Infirmiers

Pierre Weissenbach

Association des infirmières

Présidente

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

Trésorière

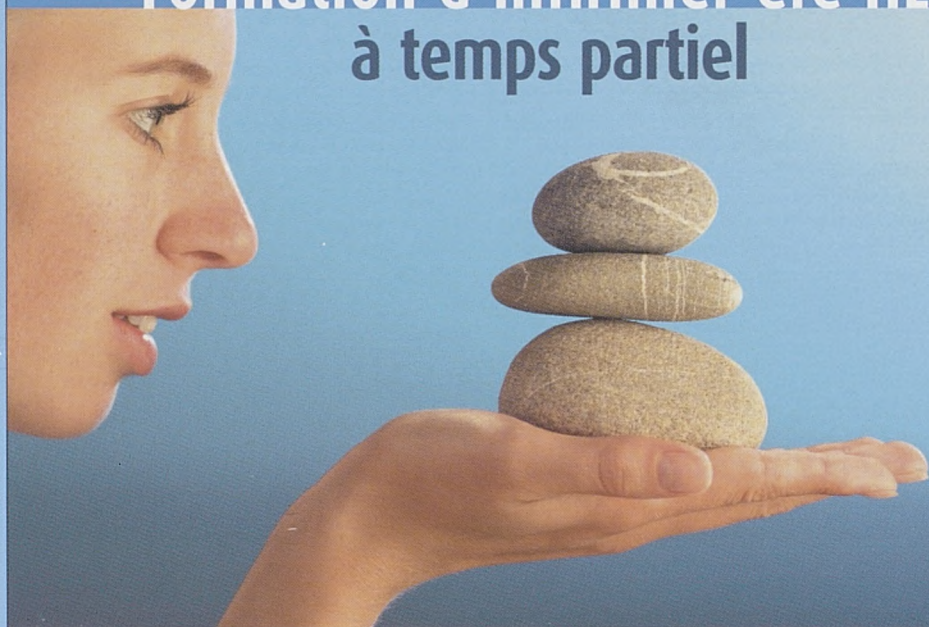
Marguerite Veuthey-Aubert,
ch. des Fleurettes 32, 1007 Lausanne
tél. 021 617 83 02
CCP 10-2712-9

ISSN 1660-8755

J A B
1052 Le Mont

PP/Journal
CH-1052 Le Mont

Formation d'infirmier-ère HES à temps partiel



Un programme unique, qui cumule les avantages !

Désormais, il est possible d'obtenir le **diplôme d'infirmier/infirmière HES**, en suivant une formation à temps partiel (75% ou 50%) auprès de la Haute Ecole de la Santé La Source.

Unique en Suisse romande, le programme cumule les avantages en offrant un maximum de flexibilité

pour s'adapter aux disponibilités individuelles. Aucune limite d'âge n'est exigée.

Début des cours chaque année au mois de mars.

Délai de remise des dossiers fin novembre.

Pour en savoir plus appelez le **021 641 38 00**
ou tapez **www.ecolelasource.ch**

 **La Source**
Haute Ecole de la Santé

La Vie en Valeur

Hes·SO
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Haute Ecole de la Santé La Source • Avenue Vinet 30 • 1004 Lausanne

culture
et soins infirmiers





éditorial

culture et soins infirmiers	3
-----------------------------	---

nouvelles de l'école

certificat d'animateur(trice) de santé en surdité	4
félicitations à Mme Pône et M. Roulin	4
une belle aventure humaine et universitaire... du DHEPS à un doctorat en anthropologie de la santé!	5
travaux de recherche des diplômés d'octobre 2005	6
3 ^e année de Bois-Cerf	7
entré HES, automne 2005	7
un aperçu de ma vie de retraitée au Cameroun	8
conférence donnée dans le cadre de la Journée Source du 04 octobre 2005	9
le pouvoir de la passion	15
message de Noël	15
une idée d'avance... menée avec passion	16
se révéler l'auteur de sa pensée	17

nouvelles de la clinique

le nouveau centre ambulatoire de la clinique La Source	19
--	----

dossier: culture et soins infirmiers

le soin: un regard anthropologique	21
une tranche de vie: cap pour l'anthropologie!	24
art et soin	27
témoignages autour d'Anne-Marie Gbindoun	31

association

message de Noël de la présidente	33
----------------------------------	----

faire-part

décès	34
naissance	34
nouvelles adresses	35

Impression et composition: Atelier Grand SA, 1052 Le Mont
Maquette: Emmanuel Siegfried

culture et soins infirmiers

En cette fin d'année 2005 mais aussi pour marquer la participation de Mme Augsburgers, comme directrice de l'école La Source, avant son départ en retraite, «la culture» nous accompagne pour se souhaiter des vœux et se dire au revoir.

Parler de culture dans les soins, c'est faire honneur à une certaine habileté des soignants cultivant l'art de se mettre à la place de l'autre et tissant des liens entre les cultures.

*Pour pouvoir soigner quelqu'un,
je dois me connaître.*

*Pour pouvoir soigner quelqu'un,
je dois connaître l'Autre.*

*Pour pouvoir soigner quelqu'un,
je dois jeter un pont entre nous.*

Jean Watson

*La culture englobe les valeurs, les croyances,
les normes, et le mode de vie acquis
qui agissent, de certaines façons, sur la pensée,
les décisions, et les actions d'un individu.*

Madeleine Leininger

Nous avons voulu laisser transparaître, dans ce Journal, une certaine idée de la culture: carrefour d'envies, de découvertes, de passions. Nous rencontrons la culture de l'autre en confrontant nos propres représentations et ancrages dans ce monde. En même temps, nous sommes surpris par la culture en tant que couleurs, formes, sons... Il est de notre responsabilité à se laisser traverser par ces différentes sensations étranges, qui réveillent notre sentiment d'incertitude mais qui nous rappellent à la richesse de cette diversité.

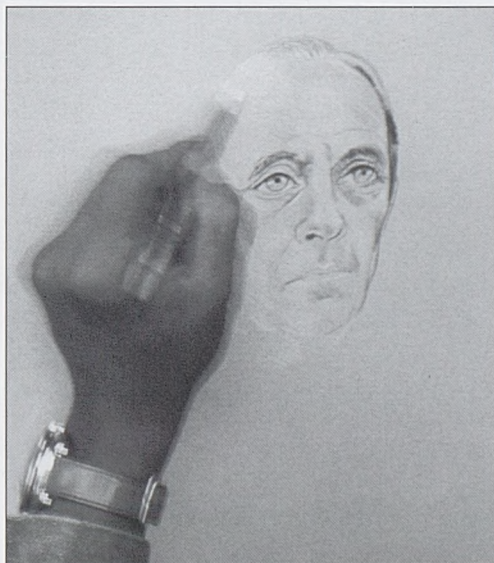
Pour entendre et comprendre, nous sommes obligés d'aller «ailleurs» pour éviter le repli sur soi, les faux-semblants et permettre à notre jugement d'être équitable.

Christiane Augsburgers, vous avez permis à la culture «dans tous ses sens» d'entrer au sein de cette école, que ce soit à travers: les échanges entre l'ELS et le Vietnam, le choix des couleurs du nouveau bâtiment, l'accueil d'artistes pour les Journées Sources, la nomination de professeurs venant d'horizons divers, l'induction à toujours aller se former ailleurs.... Vous aimez faire visiter votre paysage mais aussi celui des autres! Que ces prochaines années soient emplies de ces découvertes qui nous font vibrer et qui nous dépassent... que la magie se fasse!!!

A vous lecteurs assidus de ce Journal, le comité de rédaction vous adresse des vœux enchanteurs, paillétés de bonheur, pour les fêtes de Noël et la nouvelle année 2006.

Alexia Stantzios

Rédactrice Journal Source



© Archives Atelier Grand SA

certificat d'animateur (trice) de santé en surdité

Félicitations aux étudiants qui ont obtenu leur «Certificat d'animateur de santé en surdité».

Ont obtenu leur certificat en 2005:

ANSERMET Isabelle, AUGER-MICOU Régina,
BADAN Michèle, CHEVALLEY Bernard, CRETIN

Joëlle, FERRACIN Luana, GOLAY Caroline, MONTANA Mireille, SCHINDLER-GRIMM Béatrice, TEDJANI-PEKEL Sonia.



© Archives ELS

Félicitations

à Madame Mercédès Pône et à Monsieur Michel Roulin
titulaires du Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales, option
«Pratiques de développement social, santé communautaire et
recherche-action».

La défense de leur mémoire a eu lieu le 28 septembre 2005 devant un jury
de l'Université Marc Bloch de Strasbourg.

Les sujets de recherche sont respectivement:

- Pour Mme Pône: «Un espace d'inter-dit: concept d'accompagnement pour le développement des compétences relationnelles entre les personnes aidées et aidantes».
- Pour M. Roulin: «Pour la construction d'une pédagogie d'insertion professionnelle dans un espace de transitions. Analyse des actions et des interactions d'acteurs en situation d'innovation.»

une belle aventure humaine et universitaire... du DHEPS à un doctorat en anthropologie de la santé!

Oui, comme pour nous préparer au dixième anniversaire de la Convention signée entre La Source et l'Université Marc Bloch de Strasbourg, il m'a été donné de participer à la soutenance d'une thèse en anthropologie de la santé de l'un de nos anciens étudiants du Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales (DHEPS), option « pratiques de développement social, santé communautaire et recherche-action », qui avait appartenu à la promotion 1998-2001.

En effet, M. Nicolas Vonarx, passionné depuis plusieurs années par les relations entre culture et santé, en particulier en Haïti, a prolongé son mémoire de DHEPS dans le cadre d'un projet doctoral qu'il a pu mener, sous la direction de M. Raymond Massé, directeur du département d'anthropologie de l'Université de Laval. Pourquoi un tel itinéraire à Québec? Entre autres, parce que nous avons invité M. Massé comme expert de Jury pour le DHEPS... la suite était imaginable en termes de réciprocité.

Après plusieurs années d'un travail de terrain et de recherches de haut niveau scientifique, la thèse de doctorat a pu être présentée et brillamment soutenue le 28 octobre 2005 à l'Université de Laval (Québec). Le sujet était: « Le vodou (voodoo) haïtien: système de soins ou religion? Situer le Vodou au sein du pluralisme médico-religieux en Haïti ».

Après plus de trois heures de défense, M. Nicolas Vonarx a reçu le titre de docteur en anthropologie avec les félicitations du Jury. L'originalité de sa thèse tient dans le fait qu'elle remet en question les conclusions couramment admises sur le vodou en faisant valoir un matériel empirique qui fait défaut dans l'ensemble de la littérature produite sur le vodou et vient

mettre du contenu derrière les rapports qu'entretient le vodou avec la santé.

D'autre part et au-delà de la réussite purement universitaire, il y a tout le cheminement et l'épanouissement d'une personne dont rien au départ, selon les normes sociales habituelles, ne pouvait laisser imaginer un tel itinéraire.

Nous en faisons ainsi l'expérience, la formation du DHEPS peut ouvrir, si l'on sait prendre certains risques, des chemins où l'aventure humaine s'accorde volontiers avec la recherche dans ses formes les plus larges et imprévisibles.

Nos vives félicitations à ce docteur plein de promesses!

Michel Fontaine

Infirmier – Docteur en sciences sociales
Responsable de la formation DHEPS



© Archives Atelier Grand SA

travaux de recherche des diplômés d'octobre 2005

- «Le toucher-massage: en quoi cette pratique permet-elle de» «prendre soin» «des bébés prématurés dans le cadre d'un secteur de soins aigus?». *BOPP Sibylle*
- La promotion de la santé chez les enfants sourds. *BOURQUIN SALZMANN Sandrine*
- Accompagnement et décision: entre idéal et réalité. *BUHLER Anaïs*
- Entre rêve et réalité. *CARDENOSO Elodie*
- La psychiatrie... tu en penses quoi?
CAVIN Aude-Aline
- L'accompagnement de la future mère pendant sa grossesse et la promotion du lien d'attachement entre la mère et l'enfant.
CHUAT Laure
- Valeurs infirmières et coût de la santé, quelle cohabitation possible? *CLOT Jeanine*
- L'influence des valeurs personnelles face à la prise en charge des femmes demandant une interruption de grossesse. *DE LAERE Rachel*
- Identité professionnelle et tenue de travail. Influence du port de la blouse blanche sur l'identité professionnelle des soignants et futurs soignants d'aujourd'hui.
DESARZENS Julie
- Spiritualité et soins palliatifs: compétences professionnelles de l'infirmière.
FARRON Marie-Estelle
- L'attachement père-enfant en maternité: quel rôle pour le père? Simple visiteur ou partenaire? *FAVRE Céline*
- Violence en psychiatrie et réflexion infirmière. *GUBINELLI Rosalie*
- Processus de place des soignants au sein de l'équipe de soin. *HUGLI Chloé*
- La personne limite en thérapie avec le cheval.
LAMBERCY Adrienne
- La discipline infirmière. *LIFART Charlotte*
- Représentations du sida, comportements et prévention. Les jeunes filles musulmanes en Suisse. *MEYER-PINGET Virginie*
- La maltraitance des étudiants en soins infirmiers envers les personnes âgées en institution. *MOUNIR Véronique*
- Le choc de la réalité chez les nouveaux professionnels. *RENEVEY Anne-Sylvie*
- La souffrance des soignants face à une personne en fin de vie en réadaptation.
RIEDO Muriel
- Rôle autonome en réanimation: entre convictions et désillusions. *RUCHET Cécile*
- La place du père à la maternité. Quel rôle pour l'infirmière? *SAVIGNY Léa*
- La maltraitance en institution psychogériatrique. *SCHOPFER Emmanuelle*
- Réflexion concernant les attitudes face à la mort à travers l'observation des comportements des personnes en fin de vie en unité de soins palliatifs. *TUNDA - GAUTIER Shantala*



© Archives EL

3^e année de Bois-Cerf

Les derniers étudiants de 3^e année de l'école en soins infirmiers Bois-Cerf ont rejoint la HES La Source en automne 2005.

ALTEVOGT Noemi, APOTHELOZ Laetitia, BANDA ENGO Rodrick, BENEVENTO Sonia, DEBLOCK

Noémie, DESCHENAUX Thomas, DROZDEK Dorota, DURGNAT Muriel, FISCHER Justine, GENTIZON Jenny, GRAF Céline, HERMANN Alexia, JOST Aurélie, KUCHEN Cédric, LUGON-MOULIN Aurore, MARKOVIC Jelena, MARQUIS Charlotte, MARTHE Carole, MEISTER Mathieu, MENDES Fernando, MONNARD Raphaël, REYMOND Anne, RICHTER Jonathan, ROCH Malissa, ROSAY Amélie, SCHMID Céline, SEIDEL Philippe, TANNIGER Aline, VON BUREN Nicole.

entrée HES, automne 2005

AESCHLIMANN Sibylle, APARA LANI Makfireta, ARNAUD Camille, BAIER Yvonne, BALTISBERGER Stéphanie, BARUT Amandine, BIELINSKI Vanessa, BLAQUIERE Cécile, BURDET Julie, BANNINGER Aziz Carole, BUNTER Luzia, CANCELINHA Clarinda, CASTELBERG Sandrine, CAVIN Audrey, CHENUZ Emilie, CONCHON Caroline, COUTO ROMERO Ines Sabina, DE PAZ Valérie, DE REYNIER Aline, DEL VECCHIO Daniela, DEMIERRE Hervé, DESPONDS Alexandra, DESPRET Alix, DETRAZ Christel, DIETTER Sandrine, DISERENS Anne-Françoise, DOS SANTOS SILVA Vera Marina, DURAND Carole, DUTOIT Geneviève, ESTEVE Lara, ESTOPPEY Laure, FERHATBEGOVIC Alma, FISCHER Carole, FRASCOIA Céline, FREDEMBACH Camille Célia, GACHET Joy, GALLEGRO Katia, GEDET Emmanuel, GEROSA Ella, GFELLER Leticia, GLANZMANN Lisa, GRETLE Marie, GUERNE Cécile, GUEYFFIER Céline, HENRIQUES Angelo, HENRY Audrey, JOHANNOT Débora, KONE Adama, KRAUS Elizabeth Erin, LAVENEX Floriane, LUDWIG Anne, MAGNIN Sally, MARGUET Anne-France, MARTINETTI Fanny, MATOUMONA

Réguy, MELCARNE Tiziana, MILLIOUD Laure, MOATAMENI Mohammad Hosein, MOTTU Annick, NAKAMURA Christophe, NDIAYE Khady, NEIN Geraldine, NGAMALEU Laurence, NGINDU Musambi Sandrine, NOUDEM Sylma, OLIVEIRA Silvia, OPPLIGER Stéphanie, PARLAVECCHIO Stéphane, PAVILLARD Maud, PFISTER Vincent, PITTET Marion, PITTIER Elodie, PY Isabelle, REYES ARTICA Zulema Ines, RIBI Nathalie, RIDAURA Noelia, RUTZ Fabian, SALOMON Typhaine, SANCHEZ Ainara, SANCHEZ Monica, SAUGY Shirley, SCHEURER Espérance Magali, SCHEURING Jessica, SERNIGUET Charlotte, SPERTINI Chloé, TOUANI Anne-Lydie, TZAUT Ophélie, TACHE Karin, VARAS Cecilia, VIAU Annick, VIVIEN Charlene, VOLET Ariane, VOLET Laila, WALSER Elisabeth.



© Archives ELS

un aperçu de ma vie de retraitée au Cameroun

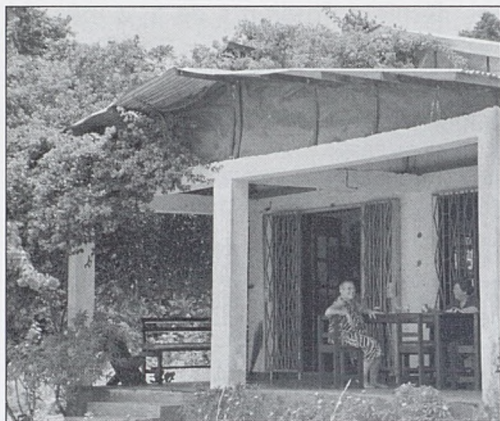
Suite du témoignage, in "Journal Source n° 3,,

Depuis 6 ans, je vis avec bonheur à Bebamwé, petit village du Cameroun situé près de Kribi. C'est grâce à un ami camerounais et sa famille; ils m'ont offert de construire ma maison sur un terrain qui leur appartient.

Je vis modestement, un panneau solaire me donne la lumière le soir, le puits creusé à côté de la maison me donne l'eau et bientôt les arbres fruitiers que j'ai plantés m'offriront leurs fruits. A l'ouest, à 50 mètres il y a l'Océan Atlantique. A 50 mètres au nord, il y a la brousse. Le soir, un concert magnifique retentit à mes oreilles. L'orchestre est composé de musiciens tels que les vagues de l'Océan et une multitude d'insectes, d'oiseaux nocturnes, de petits animaux de la brousse. Dès 18 heures les premières notes s'égrenent et le concert dure jusqu'au matin.

A 15 minutes à pied de chez moi, il y a les habitations des pêcheurs et de leur famille. Des gens simples, vrais, que petit à petit j'ai appris à connaître. Ils disent que je suis leur maman, leur sœur. Avec moi habitent 2 jeunes gens qui m'aident dans toutes les circonstances de la vie.

Si l'on me demande pourquoi je suis heureuse ici, je réponds que c'est parce que je me confonds avec la nature, parce que l'on ne peut pas vivre seul et que j'aime les gens qui m'entourent et qu'ils me le rendent au centuple, et surtout parce que le temps ici prend une autre dimension: pas de télévision, pas de salle de concert, pas de salle de théâtre, pas de clubs de contemporains, pas de clubs de culture physique, ni d'université du 3^e âge. Si c'était à proximité c'est sûr que je les fréquenterais! Lorsque je reviens en Suisse, je suis frappée de voir les



© Archives ELS

agendas de mes amis retraités remplis de rendez-vous. Leur temps est rythmé, encombré. Ici, l'essentiel de la vie pour moi, c'est la beauté, le soleil, la saveur des choses, la lecture, la méditation, l'omniprésence de Dieu. Ici, je prends conscience que ma seule vraie richesse, c'est la santé et le temps.

Mon bonheur, c'est aussi de recevoir ma famille et mes amis européens. Je leur fais découvrir une Afrique autre que celle, pleine de violence ou de famine que les médias transmettent. Et quand je reçois en retour des lettres qui me disent « mon cœur est encore plein du soleil et de la gentillesse emmagasinée dans ton pays d'adoption » ou encore « Ce voyage au Cameroun a changé notre regard sur l'Afrique » alors, je suis comblée.

Lectrice, lecteur, si tu passes par ici, n'hésite pas à venir me visiter! Si tu as besoin d'un coup de pouce pour arriver jusqu'au Cameroun, n'hésite pas à prendre contact avec moi!

Elsa Amstutz
BP 286 – Kribi Cameroun

conférence donnée dans le cadre de la Journée Source du 04 octobre 2005

Denise Francillon, «Dynamiser la formation et la profession, une histoire de cœur, de mains et de tête».

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,
Chères Sourciennes et Sourciens,
chers Collègues,

Il y a quelques mois, Christiane Augsburgers m'a demandé de présenter la conférence de la Journée Source 2005. Ce jour est arrivé. C'est un honneur et une tâche difficile qui m'a été demandée: honneur car c'est me faire une immense confiance que de me demander de m'adresser à vous aujourd'hui; tâche difficile car, travaillant à l'Ecole La Source depuis 15 ans, je suis à la fois juge et partie pour présenter la direction professionnelle donnée par Christiane Augsburgers à l'Ecole La Source. Cependant, nous allons tenter ensemble une aventure de compréhension grâce à la position intellectuelle qui consiste à se donner une distance critique, celle de l'analyse historique. Compréhension car, comme le dit Edgar Morin dans sa Méthode: «*La compréhension est le mode fondamental de connaissance pour toute situation humaine impliquant subjectivité et affectivité*». Nous sommes effectivement dans ce cas de figure pour aborder le propos de ce jour: «*Dynamiser la formation et la profession, une histoire de cœur, de mains et de tête*».

Nommée directrice de La Source, en janvier 1988, Christiane Augsburgers participe à la Journée Source du mois de mai de cette année-là. Dans sa première communication publique, elle présente les trois volets-clefs de la thèse de doctorat de Béatrice Walter, publiée cette année-là, qui concerne le concept de «savoir

infirmier», lequel est défini alors ainsi:

- le savoir scientifique, comme cadre de référence qui sous-tend les actes infirmiers;
- le savoir pratique qui sert à exécuter les ordres médicaux et soutient le geste infirmier;
- le savoir qui englobe l'analyse des réactions du malade, de ses ressources et de ses besoins, y compris les aspects sociaux et économiques.

La mise en œuvre de ces savoirs par les professionnelles, souligne Christiane Augsburgers, représente la compétence en soins infirmiers. Elle ajoute ceci «Il s'agit de *prouver* des qualités techniques, scientifiques bien maîtrisées et de plus des qualités relationnelles et de cœur». C'est le credo de Christiane Augsburgers à son arrivée à l'Ecole la Source. C'est l'idéal à atteindre, vision rêvée non seulement de l'avenir de la profession mais aussi de l'institution qu'elle va diriger.

Mais cet idéal, d'où lui vient-il? Comment est-il né? Est-il ancré dans l'histoire professionnelle? Quelle est la parenté professionnelle de Christiane Augsburgers? Tel un détective, j'ai décidé de la prendre en filature afin de faire émerger les filiations. Partons à la recherche de celle ou celui qui a posé la première pierre de ce concept de «savoir infirmier». Une circonstance nationale, la mise en œuvre de nouvelles Directives Croix-Rouge, en 1992, et donc la création d'un nouveau programme d'infirmière généraliste niveau II, va être le déclencheur de ce travail de détective. Alors que mes collègues préparaient la conception du nouveau programme et se réjouissaient de l'inédit de ce travail; de mon côté, en tant qu'archiviste, je préparais et faisais

les inventaires des livres conservés depuis le XIX^e siècle aux archives de La Source. J'ai alors découvert un petit livre intitulé *Programme de formation de l'Ecole d'infirmière*, Rapport de Miss Isabel M. Stewart, publié à Genève en 1934, par le Conseil International des infirmières. Curieuse, je l'ai lu... et j'ai fait une découverte...

Isabel Stewart avait été nommée Présidente de la Commission de la formation professionnelle du CII, créée en 1925. Elle était une infirmière canadienne qui enseignait au Teacher's College de New-York, institution de type universitaire qui préparait les futures enseignantes des écoles d'infirmières étasuniennes. En tant que Présidente de cette Commission, elle reçut la tâche de créer un guide de formation qui pourrait être utile aux écoles d'infirmières de tous les pays. Dans ce but, elle accomplit un travail acharné pour collecter et réunir des informations et des avis professionnels dans divers lieux, mais tout particulièrement en Europe et dans les pays anglo-saxons. Elle visita des associations professionnelles et des écoles d'infirmières (elle visita l'Ecole La Source). Cette large consultation donnera lieu à un premier rapport qui sera présenté et discuté dans le cadre du Congrès international du CII, en 1929, à Montréal. A la suite de tout ce brassage d'idées, le rapport est publié en 1934, en plusieurs langues. Il est donc le fruit d'une réflexion commune aux professionnelles de l'époque et de l'expérience pédagogique d'Isabel Stewart. Mais que dit ce texte? Pourquoi est-il si intéressant pour notre propos? Il présente notamment un tableau récapitulatif de la pensée de l'auteure intitulé: «*des matériaux professionnels de l'infirmière moderne et l'étendue de ses responsabilités*». Isabel Stewart propose un programme particulier dans lequel l'infirmière exerce des tâches de manière responsable auprès du malade individuel, de la famille et de la communauté et ceci aussi bien sur le plan curatif, amélioration générale de la santé, que préventif, avoir un rôle éducatif en matière de

santé auprès de la population. Ces différents éléments nous placent en face d'un programme de type généraliste de même orientation que celui d'infirmière généraliste niveau II, mis en œuvre en Suisse en 1994 et qui se termine aujourd'hui. En 1934, alors que la tendance générale de l'économie dirigeait la société vers la taylorisation des tâches en spécialités diverses, le rapport propose une infirmière de type généraliste! Dans ce même tableau, elle présente aussi, sous la forme d'un triangle équilatéral, les matériaux professionnels de l'infirmière moderne qu'elle définit ainsi:

■ Du côté gauche: la science du nursing.

■ Du côté droit: l'art du nursing.

■ Sur la base: l'esprit du nursing.

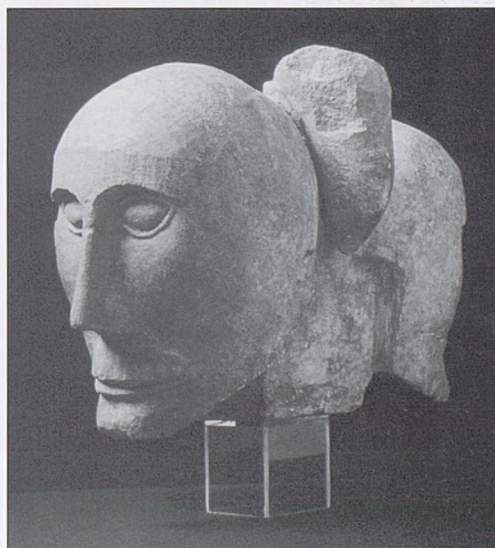
Mais qu'entend-t-elle par *nursing*? Je la cite: «*la profession d'infirmière vise essentiellement à conserver ou à épargner la vie, c'est-à-dire à maintenir ou à reconstituer les forces vitales dans l'individu et dans la race.*» (le terme de race étant employé à cette époque-là pour tout groupe humain ayant des caractères semblables). Elle ajoute: «***Ainsi défini, ce terme de nursing comporte la nécessité de nourrir à la fois les énergies mentales et physiques et de rendre vigoureux aussi bien les individus sains et en période de croissance que les malades ou ceux qui souffrent.***» Elle continue. «*Si nous acceptons cette interprétation plus large de la profession d'infirmière, nous n'aurons pas besoin d'un terme particulier pour désigner l'infirmière qui soigne les malades ou les infirmes de l'infirmière d'hygiène sociale (de santé publique), car toute l'idée de prévention des maladies et de maintien de la santé est dès lors contenue dans le seul mot d'infirmière.*» Nourrir à la fois les énergies mentales et physiques, rendre vigoureux aussi bien ceux qui souffrent que les personnes en croissance ou saines et éduquer à la santé voilà ce qui se cache sous ce terme de «nursing généraliste». Cette vision du soin infirmier relève d'une filiation connue; elle est inscrite dans les

Notes on nursing de Florence Nightingale publiées en 1859. Filiation donc, mais aussi innovation. En effet, Stewart, dans sa présentation en triangle, propose une approche de ce que l'on appelle actuellement «la nature du soin infirmier» laquelle se manifeste en trois dimensions égales qui, pour être mises en œuvre, met en mouvement la personnalité de la professionnelle: la science du nursing met en mouvement la tête, l'art du nursing, les mains et l'esprit du nursing, le cœur. La nature du soin infirmier est cette danse à trois temps, rythmée et équilibrée, laquelle est inscrite dans l'histoire sociale et professionnelle infirmière et relève de ce fait de l'identité profonde de la profession.

A l'observation passée et présente des pratiques et de la formation, la danse a été longtemps et est encore souvent à deux temps, surtout avec la charge et le rythme de travail actuels: *cœur et mains*! Esprit du nursing: longtemps esprit de charité, vœux de pauvreté, sacrifice de soi, évidemment vœux féminins se muant progressivement en qualité relationnelle, en déontologie et éthique professionnelle; Art du nursing: panser, ventouser, faire un bandage, pratiquer une injection, apprendre des gestes de plus en plus techniques, de plus en plus précis, petites mains de femme... jusqu'à dans les années 1970. L'art du geste se muant progressivement en savoir agir et savoir-faire dans plusieurs domaines professionnels dont celui de la gestion et de l'information. Le troisième pilier, la science du nursing, la construction de connaissances relatives à cette «transfusion de vie» comme le disent mes collègues, a toujours existé, mais sans être «prouvée» par des recherches. Dès que l'on se met à instruire les jeunes filles désireuses de pratiquer les soins, au XIX^e siècle, quelque chose se met en mouvement qui est de l'ordre de la transmission écrite, opposée à la transmission orale. C'est Valérie de Gasparin, à La Source, qui offre une instruction dans un champ professionnel encore si imprécis, puis, c'est Florence Nightin-

gale qui met en écriture les premières pratiques. Ensuite, les professionnelles se mettent à témoigner de leurs expériences sur des pages de journaux et de revues professionnelles. Ce n'est pas encore de la science mais plutôt des réflexions professionnelles. Et voilà le rapport d'Isabel Stewart qui met en mots la nature du nursing et une définition de la profession de type généraliste, relative à cette nature même. Nous sommes en 1934. Bien que la femme accède au monde du travail, aux arts ménagers, à la conduite de voiture, elle n'a pas d'autonomie personnelle, elle n'a aucun droit politique dans la plupart des pays, exceptés dans les pays anglo-saxons. Le livre de Stewart, trop en avance sur son temps, disparaîtra de la scène intellectuelle infirmière. Il esquissait un type de professionnelle que l'on a peine encore aujourd'hui à valoriser: *une infirmière généraliste, autonome et responsable*. Cette idée-là mettra quelque 60 ans pour se réaliser en Suisse.

C'est à ce carrefour-là que nous retrouvons Christiane Augsburg à l'Ecole La Source, en 1988, proposant «le savoir infirmier» comme



© Archives Atelier Grand SA

idéal. Quel est son parcours professionnel pour proposer cette vision ? En bref, elle suit une formation d'infirmière à Colmar, loin de sa famille qui se trouvait en Allemagne. Puis, diplômée, la jeune fille s'installe dans cette ville et y travaille dès la fin de ses études. Tout d'abord, elle choisit les soins techniques, hautement médicalisés. Ensuite, jeune mariée, le couple s'installe à Berne où elle travaille à l'Inselspital, dans un service de soins intensifs. De là, à Neuchâtel, elle entre au service d'un médecin privé et découvre avec bonheur les soins de base et le contact direct avec la clientèle. A quelques années d'intervalles, deux enfants naissent, deux petites filles... pendant 6 mois, elle est mère au foyer. Ayant déménagé à Genève, elle recherche une activité compatible avec son rôle de mère. Elle est engagée par la Croix-Rouge genevoise en tant que monitrice pour donner entre autre les cours de soins mère-enfant, et de soins au Foyer. Dans ce cadre, elle se forme et devient instructrice Croix-Rouge. C'est à ce moment-là, dit-elle, qu'elle attrape le virus de l'enseignement. Cette passion, c'en est une, va la conduire à postuler comme monitrice-assistante à l'Ecole du Bon Secours, en 1974.

Entrer au Bon Secours, ce n'était pas anodin : cette école, créée en 1905 par la Doctoresse Champendal, s'était retrouvée au sortir de la Deuxième Guerre mondiale dans de grandes difficultés financières. Le Bon Secours avait alors fait une demande de financement à la Fondation Rockefeller, fondation américaine qui se préoccupait de développer la santé publique. Celle-ci avait accepté de soutenir cette école moyennant une transformation, selon des critères précis, de l'institution et de la formation qui y étaient données. Sur la base de ces critères, Marjorie Duvillard, nommée directrice en 1948, développera le Bon Secours pendant 20 ans sur trois axes, notamment :

- Former en pédagogie ou en nursing les enseignantes, les rendre autonomes et les responsabiliser en les faisant travailler au sein de

groupes de travail institutionnels œuvrant pour l'élaboration de tous les changements pédagogiques et administratifs.

- Considérer les élèves comme des étudiantes qui ne reçoivent pas de salaire ; elles ne doivent pas être employées comme de la main-d'œuvre d'appoint dans leur stage. Elles peuvent loger à l'extérieur de l'Ecole : c'est-à-dire apprendre un début d'autonomie.
- Encourager et former des infirmières à la recherche, les premiers cours de méthodologie de recherche seront donnés au Bon Secours en 1962. Mettre en œuvre des projets de formation universitaire pour les infirmières, les premiers projets de formation universitaire débutent déjà en 1948 au Bon Secours. Elaborer les premières bases « scientifiques » de la profession et de la formation : les cinq fonctions infirmières sont présentées par Marjorie Duvillard dans le cadre de la 9e Assemblée mondiale de la Santé organisée par l'OMS, en 1956.



© Archives Atelier Grand SA

Lorsque Christiane Augsburger entre au Bon Secours, la dynamique de professionnalisation, mise en œuvre pendant toute cette période persiste. Dans ce milieu motivant et respectueux de sa personne, elle se développe. Dès 1976, Rosette Poletti reprend la direction du Bon Secours. Christiane Augsburger découvre que travailler avec elle, c'est avoir en toile de fonds que tout est possible! Que lorsque l'on a une idée et qu'elle sert la profession, il faut la vouloir et la mettre en forme... dès lors, elle est réalisable! Forte de ces valeurs, elle fait elle-même des études universitaires, une licence en sciences de l'éducation dans le cadre d'une formation récemment initiée à la Faculté de psychologie et des sciences de l'Éducation de Genève par Rosette Poletti. Sa licence terminée, Christiane Augsburger est responsable d'un département du programme soins généraux. Forte de ce bagage intellectuel, professionnel et moral, Christiane Augsburger postule à la direction de l'Ecole La Source. La direction de celle-ci vient d'être séparée de celle de la Clinique de La Source. Les deux entités de la Fondation pourront ainsi se développer parallèlement. Ces conditions et celles d'une bonne situation financière vont lui permettre de dynamiser la formation et la profession. Comment s'y est-elle prise?

Très rapidement, elle ressent un besoin d'ouverture pour l'Ecole La Source et peut-être inconsciemment, elle prend les mêmes chemins que Marjorie Duvillard qui avait aussi dû ouvrir le Bon Secours à la modernité. Comme nous l'avons vu au début de cette exposé, Christiane Augsburger ancre sa réflexion professionnelle dans le nouveau concept de «savoir infirmier» qu'elle va travailler sur ses trois axes que je vais détailler successivement:

- **Le savoir-être dans lequel l'esprit du nursing met en œuvre le cœur et le relationnel.** Dès son arrivée à La Source, Christiane (je dis Christiane car pendant cette période je

deviens son employée) se positionne en tant que professionnelle laïque: la motivation et non la vocation sont placées au centre des valeurs professionnelles à défendre auprès des élèves, qui deviennent des étudiantes, et des monitrices, qui deviennent des enseignantes; elle instaure un climat centré sur le travail, sur la fête et l'humour ainsi que sur l'ouverture institutionnelle (elle envoie ses enseignantes représenter l'école dans différentes commissions, dans les congrès et colloques), sur l'ouverture locale (elle est à l'origine d'expositions, de fêtes diverses, de portes ouvertes, etc.), sur l'ouverture cantonale (représentations auprès des différentes instances concernées par la formation, préparation de la future HES, etc.), de l'ouverture nationale et internationale (à ce titre, elle a permis que l'Ecole soit membre fondateur, entre autre (s), du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone). Dans son rapport annuel de 1991, elle exprime à nouveau son idéal avec Léo Buscaglia: *«Aussi longtemps que nous gardons l'espoir, nous avons une direction, l'énergie d'avancer et la compétence d'arriver au but. Nous avons des centaines d'alternatives, des milliers de chemins et une infinité de rêves.»*

- **Le savoir pratique ou l'art du nursing qui a fait travailler dans un premier temps la main pour se muer ensuite à tout ce qui est de l'ordre de l'action, du savoir-agir et du savoir-faire.** Dans ce champ, le travail de Christiane est immense, difficile à résumer en quelques mots. En parallèle, elle s'attelle à la gestion administrative, en clarifiant la répartition des responsabilités, en élaborant de nouvelles descriptions de poste, en créant un service de comptabilité et du personnel, en informatisant progressivement l'institution, mais aussi en rénovant l'école de bas en haut et de haut en bas... avec de nouveaux bâtiments qui nous permettent d'accueillir de nom-

breux étudiants. La pédagogue ne chôme pas : toutes les formations existantes sont revues, évaluées et réélaborées, diverses formations nouvelles sont créées : dans la formation de base (SENIOR, niveau II, HES, bachelor); dans la formation post-diplôme, (Programme post-diplôme en gérontologie-gériatrie, Programme post-diplôme en santé communautaire avec diverses options, (programme qui propose aujourd'hui encore d'autres options) divers programmes universitaires dont Le Diplôme des Hautes Etudes en Pratique Sociale (DHEPS). Parmi les autres secteurs, signalons le développement de la bibliothèque en Centre de Documentation Professionnelle et la création originale d'un service d'archives ayant pour but de valoriser par des recherches historiques ce fonds patrimonial institutionnel unique. Cet ensemble d'actions de type pédagogiques, administratives et organisationnelles visent à un seul et même but : professionnaliser la formation et par ricochet la profession.

■ **Le savoir scientifique ou lorsque la science du nursing met en mouvement et questionne la tête.** Pour qu'il y ait construction de connaissances nouvelles, pour que l'activité de recherche puisse être mise en place, il faut tout d'abord qu'il y ait des personnes pour réaliser ces recherches. Ce sera la première étape. Lorsqu'elle arrive à L'Ecole la Source, Christiane est la seule universitaire. En quelques années, le nombre d'enseignantes puis d'enseignants formés dans les universités augmente rapidement. En 2004, 72 % du personnel enseignants et du secteur recherche et développement a (ont) une formation universitaire. Quelques collègues sont en formation et d'autres ont des projets... Sur un autre plan, celui de l'activité de recherche elle-même, elle crée, en 1995, l'Unité de recherche et développement, ce qui permettra à L'Ecole la Source d'être pré-

sente dans les réseaux de recherche HES. Au niveau des publications, le Journal *La Source* fait une mue, il devient davantage un journal de type professionnel qu'institutionnel. Avec Walter Hesbeen, alors responsable de l'Unité de recherche, ils fondent une nouvelle revue de type scientifique, la Revue *Perspective soignante*. Elle va aussi permettre que l'Ecole soit membre fondateur de la Fondation pour la recherche en soins (FORESO). Il est intéressant de noter que nous avons là une phase de mise en place des éléments permettant l'activité de recherche et que cette dernière aura à être développée dans l'avenir.

Par cette immense tâche accomplie, Christiane s'intègre à la famille des pionnières du devenir professionnel. Fille de Rosette Poletti, elle a fait sienne la valeur du tout possible et a intégré la réflexion professionnelle théorique de cette dernière, petite-fille de Marjorie Duvillard, elle a travaillé non seulement l'ouverture institutionnelle mais aussi professionnelle, arrière-petite-fille d'Isabel Stewart, elle a mis en œuvre cœur, tête et main, le sien, le nôtre, le vôtre, pour le devenir de la profession et de la formation. Ce faisant, dans un mouvement complexe de tâches s'entrecroisant, de réflexions se nourrissant, elle a participé à cette dynamisation de la profession et de la formation en orientant toutes les activités institutionnelles et sociales en fonction de cet idéal qu'elle avait exprimé en 1988. Nous, personnel de l'institution qui avons participé à la réalisation de cet idéal, nous vous remercions, Christiane, de tout cœur, pour cette immense tâche.

Je vous remercie de votre attention amicale.

Denise Francillon

Archiviste- Historienne, HES La Source

le pouvoir de la passion

Dès votre arrivée en juillet 1988, vous avez avec passion pris les rennes de l'Ecole La Source, vous avez apporté un air nouveau très bénéfique à l'équipe enseignante d'alors. Respectueuse de chaque personnalité, vous avez très vite donné le ton!

*«Exigences et rigueur dans la joie
et la créativité.»*

N'aviez-vous pas écrit dans les premiers temps de votre direction au tableau du salon des enseignants: il est permis d'être gai!!!

Sous votre houlette, l'Ecole a très vite fait de grands pas en avant, ces 17 ans ont été enrichis

de tout ce que vous avez créé avec passion pour la reconnaissance de notre profession et de l'Ecole La Source.

Vous partez, et, si j'étais encore à l'Ecole La Source, j'écirais au tableau: il est permis d'être triste...! Mais ça ne vous ressemble pas.

Je vous souhaite de continuer cette nouvelle tranche de vie avec passion, joie et créativité et je vous souhaite aussi dans les années qui viennent de pouvoir – comme moi – penser avec bonheur à ce temps Source!

Une retraitée heureuse qui vous souhaite le même bonheur.

| *Jeannine Nicolas*

message de Noël

JOYEUX NOËL

BONNE ANNÉE

Merci et au Revoir

A vous toutes et tous, chers lectrices et chers lecteurs,

J'adresse mes vœux pour un Noël paisible, s'il est vrai que la Paix est bien loin de la réalité sur la planète, je souhaite que chacun d'entre vous profite de ce temps de fête pour se reposer, être en contact avec la nature ou avec des êtres chers ou encore avec ses loisirs préférés... voire avec l'oisiveté! En d'autres termes que chacun fasse des réserves de ressources bien choisies... et puis, ces vœux sont accompagnés de ceux qui rendront l'année 2006 certainement active, certainement pleine de changements, certainement source d'intérêts, de curiosités et de développement, certainement riche de rencontres, d'échanges et de réalisations de beaux

projets, certainement parsemée d'obstacles à dépasser, de contrariété à transformer ou à oublier, que mes vœux contribuent à la force nécessaire pour trouver en vous et autour de vous la capacité de choix, d'engagement, de même que des satisfactions personnelles et professionnelles.

Merci à vous, chères lectrices, chers lecteurs de votre fidélité au Journal Source qui continue son évolution et à de nombreux projets de thèmes. Vos suggestions sont néanmoins toujours les bienvenues pour rendre attentifs les membre du Comité de rédaction à ce qui vous préoccupe.

Enfin avant de vous dire Au revoir, j'aimerais exprimer toute ma reconnaissance aux comités de rédaction successifs avec lesquels j'ai appris et inlassablement découvert la richesse et la créativité sans limite de chacune et chacun.

Je formule tous mes vœux pour une longue vie à ce JOURNAL créé par Madame de Gasparin pour être un lien entre les Sourciennes, je suis

persuadée qu'il continuera à poursuivre son but et suis convaincue qu'il y a toujours à innover dans le fonds et la forme.

J'ai aimé contribuer à ce moyen traditionnel de communication qui paraît 4 fois par année à un tirage de 1'500 exemplaires.

De belles fêtes à chacun et un beau développement du JOURNAL que je me réjouis de continuer à lire.

Christiane Augsburger

Directrice de la Haute École de la Santé La Source

une idée d'avance... menée avec passion

Comment évoquer la complexité et l'originalité d'une aventure personnelle et pleinement partagée durant dix-sept ans?

L'arrivée de Christiane Augsburger à la tête de l'école La Source s'est manifestée d'emblée par une rupture épistémologique autour de la culture institutionnelle, telle «une tornade blanche» selon un regard d'étudiante de cette époque.

De cette rupture ont émergé de multiples projets habitant l'espace et caractérisés par le souci de promouvoir, de mettre en œuvre le développement intérieur et extérieur de l'institution

Dès lors convivialité, chaleur, générosité sont entrées à l'école qui s'est ainsi découverte des forces expressives, festives, sources d'énergie et d'évolution.

Raconter ces dix-sept ans d'aventures s'est avéré une mission impossible! En effet, tant de réalisations, d'idées, de dynamisme ne pouvaient devenir au mieux qu'un poème à la Prévert. Alors... nous «prenons le risque» d'exprimer simplement ce que nous inspirent toutes ces années de collaboration proche, vivante, de cheminement sous sa direction réalisées aussi bien dans les joies, les tourments et dans une époque professionnelle en bouleversements profonds.

Le fil rouge de la présence de Christiane Augsburger se définit par le plus, le mieux, l'audace et l'innovation, qui nous ont conduit à l'excellence et le dépassement. Sans nul doute, le charisme de notre directrice n'est pas étranger à tant de dynamisme. Sa personnalité solaire sollicite les échanges, favorise constamment l'expérimentation et la concrétisation, ce qui ne nous a guère laissé de répit...



© Archives ELS

Preuves en sont les dires de son équipe: femme de tête et de conviction, redoutable interlocutrice, haute estime et valorisation de la profession, passionnée de culture, ambicieuse pour elle et autrui, visionnaire, encourageant le développement de chacun, sachant créer et saisir les opportunités.

De ce qui émane d'elle nous allons garder cette ouverture, cette attitude «pro-active» qui font le possible *«Mais c'est simple, allez-y faites des projets, en fait il n'y a pas de problèmes, il n'y a que des solutions, alors allez à l'essentiel, il vous suffit de revenir à la mission que nous avons tous élaborée ensemble, surtout rappelez-vous que le recrutement c'est l'affaire de chacun où qu'il soit, quoi qu'il fasse et que nous avons opté pour une pédagogie centrée sur la personne».*

Son charisme opérant elle nous a transmis sa passion, nous invitant à nous engager, à poursuivre sa voie vers des idées novatrices.

Collaborer avec Christiane Augsburgers signifie pour nous: du plaisir, du professionnalisme, un soutien au développement des potentialités de chacun, la confiance, l'encouragement vers les changements et dans les projets, la vie pour valeur, **la Vie en Valeur**.

C'est avec beaucoup d'émotion que nous lui disons au revoir, que nous la remercions pour ces dix-sept ans d'actes et d'empreinte. Nous lui souhaitons une retraite heureuse et comblée. Que cette belle énergie qui est la sienne dynamise encore la suite d'un parcours toujours engagé, passionnant, serein...

| *L'équipe enseignante de l'école*

**Nous avons l'honneur de vous annoncer
que dès le 1^{er} janvier 2006
Monsieur Jacques Chapuis sera directeur de la HES La Source.**

Travail de fin d'études,
Travail d'humanité

**Se révéler l'auteur
de sa pensée**

Walter Hesbeen

Bien des orientations peuvent être données au travail de fin d'études des étudiants en soins infirmiers et cadres de santé. L'auteur interroge ici la perspective même de ce travail qu'il situe comme une contribution significative à la qualité du soin au sein des établissements des systèmes de soins, écartant le risque de banalisation de la personne. Cet ouvrage ne propose aucune recette pour réussir cet exercice mais l'auteur y expose une réflexion exigeante et sensible sur cette mise en recherche, ce questionnement, ce cheminement vers une pratique soignante sensée...

Walter Hesbeen est infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain

*Travail de fin d'études, Travail d'humanité – Se révéler l'auteur de sa pensée.
Walter Hesbeen – Préface de Marie-Thérèse Weber – Aux Éditions Masson*



**Et si vous optiez pour une assurance
qui voit votre entreprise telle qu'elle est ?**

www.vaudoise.ch



Différents, parce que vous l'êtes aussi.

Inscription au Journal Source

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

Inscrivez-vous vite !

le nouveau centre ambulatoire de la clinique La Source

Si vous avez déjà entendu parler des soins ambulatoires au sein de la Clinique, vous n'avez peut-être pas eu la chance de visiter notre nouveau Centre, inauguré le 29 septembre dernier. Je vous y invite cordialement et, en attendant votre venue, je vous propose une visite guidée par ces quelques mots qui seront la clef de votre découverte. Alors, installez-vous confortablement dans un fauteuil et... bonne lecture!...

Vous pénétrez dans un décor de lumière et de gaieté où le jaune et le bleu se marient à merveille, où l'espace et le confort sont prévus pour chacun des 12 lits proposés: radio, télévision, armoire à habits, séparations murales pour plus d'intimité. Deux chambres «VIP» sont également proposées aux personnes bénéficiant d'une assurance privée.

Continuons notre visite et descendons d'un étage... Nous y découvrons: 3 salles d'interventions et d'exams, une salle de consultation ainsi qu'une salle dédiée à l'entretien du matériel d'endoscopie, équipée d'une grande première en Suisse: un appareil servant à laver et désinfecter les endoscopes flexibles doté d'un système de traçabilité informatisée. Nous disposons également d'une salle de jour composée de 7 lits, décorée elle aussi, de jaune et de bleu pour le plaisir des yeux!...

Vous vous êtes alors imprégné du décor, laissons place à l'offre en soins proposée dans notre service!

Dans la salle de jour, nous accueillons des patients à qui nous prodiguons des soins divers tels que des pansements, des injections, des perfusions, des transfusions, des prédonations sanguines protocolées et contrôlées par l'Office fédéral de la santé publique. Ces soins auront été prescrits au préalable par un médecin exerçant à la Clinique de La Source ou dans un cabinet médical de la région lausannoise. Ils sont dispensés au Centre ambulatoire sur rendez-vous, par les infirmières du service. Nous recevons également, des personnes nécessitant:

- une intervention chirurgicale ambulatoire pratiquée au bloc opératoire ou dans notre salle dite «polyvalente»,
- ou un examen endoscopique réalisé dans notre salle d'endoscopie (gastroscopie, coloscopie, bronchoscopie) parfois en radiologie (ERCP),
- ou bien, une infiltration et/ou une péridurale à but antalgique, afin de soulager les douleurs dorsales,
- ou encore, un examen urodynamique, effectué dans notre nouvelle salle de consultation, aménagée exclusivement pour ce genre d'investigations.

Il va de soi que les soins proposés dans notre Centre Ambulatoire s'adressent non seulement aux patients bénéficiant d'une couverture d'assurance privée ou semi-privée mais également à ceux qui sont couverts uniquement par l'assurance de base.

Toutes les infirmières du Centre Ambulatoire sont formées spécifiquement aux disciplines susmentionnées ainsi qu'à la polyvalence des soins. Elles sont ainsi à même de jouer ce rôle essentiel qui consiste à assister le médecin dans l'assistance opératoire.

Nous travaillons en étroite collaboration avec le bloc opératoire, les différents services de la Clinique, le service des réservations et les cabinets médicaux de la région lausannoise, afin d'optimiser l'organisation des soins.

Notre visite est maintenant terminée, j'espère avoir ainsi satisfait votre curiosité et surtout vous avoir communiqué le plaisir, qui sait, d'y exercer un jour.

Mireille Chevrel

Infirmière responsable du Centre Ambulatoire

CAUDERAY
Cauderay SA, entreprise générale d'installations électriques

Electricité – Téléphone – Informatique

ENERGIE

LUMIERE

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

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

interoffice
Gavillet SA

Fabrication suisse...
... flexibilité, modularité et sobriété!



TOSCA MODUL
von ergodata

interoffice
Gavillet SA

Interoffice Gavillet SA Rue Beau-Séjour 1 Case postale 2852 CH-1002 Lausanne	Tél (+41) 021 321 20 50 Fax (+41) 021 321 20 51 e-mail: info@gavillet.ch www.gavillet.ch
---	---

Inscription au Journal Source

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

Inscrivez-vous vite !

Menuiserie STREHL S.A.

Maîtrises fédérales – Fondée en 1915

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

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

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

Conseils, devis et projets sans engagement

■ culture et soins infirmiers

le soin : un regard anthropologique

Quelle utilité peut présenter l'anthropologie, cette discipline qui étudie l'homme en société, pour aborder les soins infirmiers ?

Si l'on conçoit l'anthropologie comme science qui s'emploie à comprendre l'Autre, on peut aisément percevoir la passerelle. La connaissance de l'Autre passe en effet par un processus de comparaison, de confrontation, au cours duquel l'Autre apparaît en tant qu'autre dans ce qu'il a d'identique et de différent par rapport à soi. La démarche anthropologique repose sur la capacité à percevoir quelque chose de soi dans l'autre pour pouvoir le penser comme Autre, avec toute la richesse comprise dans les multiples dimensions constituant l'humain. La tâche de découverte est donc infinie, tant la capacité humaine à créer du différent à partir de l'identique biologique est immense. N'est-ce pas là aussi l'essence de la démarche soignante ? L'adoption d'une posture réflexive par laquelle le soignant accède à la compréhension de la demande du patient, moyennant sa propre capacité à réfléchir cette demande sur soi, soit à se tenir résolument à l'opposé de l'égocentrisme. Toute la complexité du soin, ce qui en fait un art, repose dans cette démarche. C'est ce qui explique pourquoi soigner ne peut en aucun cas se résumer en une mise en œuvre d'un ensemble de techniques. L'identification des besoins du patient, phase qui précède la mise en œuvre des actions de soins, peut se comprendre comme un exercice de traduction. Un processus d'interprétation doit effectivement s'instaurer pour que la demande du patient puisse faire sens dans le système de référence du soignant et que s'établisse une intercompréhension entre les protagonistes. Ce processus illustre un échange culturel dans le sens où des aspects propres à la culture du

soin parviennent à se révéler pertinents pour aborder le mal dont souffre l'Autre. C'est dans cet espace culturel partagé que peut être mise en œuvre une démarche de soins susceptible de rencontrer l'adhésion du patient et la satisfaction du soignant. En cela, la démarche est proprement anthropologique puisqu'elle témoigne de l'intention du soignant de pénétrer « l'univers » de « son » patient, de créer une rencontre de deux mondes, d'une part celui où la maladie, le corps et la personne qui la véhicule construisent leur existence et d'autre part celui du soignant avec son propre système de représentations.



© Archives Atelier Grand SA

L'approche anthropologique induit que la distance entre soi et l'Autre n'est jamais totalement infranchissable puisque l'un et l'autre, l'anthropologue et le sujet de son étude, le soignant et son patient, partagent au minimum une commune humanité. Mais l'approche postule également qu'en dépit des similarités biologiques, physiologiques et physiques, un corps n'est pas l'équivalent d'un autre et par

conséquent, la maladie vécue par l'un ne peut être identique à celle vécue par un autre. Prendre soin d'un Autre c'est être apte à identifier l'identique et le différent tels qu'ils s'expriment dans la personne souffrante. Corps, maladie, santé, soins sont ici compris comme termes culturellement construits, dans le sens où ils sont le produit en évolution constante d'une mise en réseau de systèmes de significations. Nulle personne n'est dépourvue de systèmes de significations. Vivre, grandir, vieillir, se nourrir, prendre soin de son corps, se soigner, toutes ces actions expriment une manière individuellement et collectivement constituée de concevoir la vie et la santé. Aucun individu ne se fait tout seul, dans l'individualité la plus totale. Il y a toujours un environnement culturel où les actes de la vie s'élaborent, où le « bien faire », le sain et le malsain, le dangereux et le risqué,

prennent leur sens, s'organisent et se catégorisent. Lorsque la maladie surgit, le mal est empreint d'une réalité objectivée par les sciences médicales. Mais il revêt aussi une réalité subjectivée par le vécu de la personne malade, élaborée dans l'environnement culturel où s'ancre l'existence de cette dernière. La maladie est un ensemble de manifestations et de significations – objectives et subjectives – accordées à ces manifestations, lesquelles donnent lieu à des recours thérapeutiques. Le métier de soignant consiste à pénétrer ce champ en observant le phénomène dans son ensemble, en se posant la question du sens pour le patient et pour soi. La pratique exige un talent de décodage, d'autant plus subtil que l'écart culturel entre le système de référence du soignant et celui du patient est grand.

L'anthropologie, comme science qui s'emploie à établir un code de lecture des différents systèmes culturels, peut faciliter cet exercice de déchiffrement des inscriptions nécessaire aux soignants pour comprendre comment et pourquoi les personnes réagissent aux nécessités de la vie de la manière dont elles le font et pour savoir comment les aider à entretenir la vie.

Que signifierait l'éducation thérapeutique du patient sans cet effort de décodage ? Elle signifierait immixtion dans la vie de l'autre guidée par une vision unilatérale, egocentrée, vouée à l'échec dans la mesure où cette posture est un obstacle à la compréhension de l'autre. Elle signifierait qu'au lieu de s'efforcer de réduire la distance entre le soignant et le soigné, le premier aurait la prétention de soigner un sujet passif, réduit à un corps malade, où la maladie ne s'expliquerait qu'en termes de concordances entre les symptômes et la nosologie établie. La démarche anthropologique consiste au contraire à redonner au corps souffrant son statut de sujet et à accorder à celui-ci un savoir issu de l'expérience de vie du patient. Elle est un passage obligé pour que s'opère une ren-



© Archives Atelier Grand SA



contre soignante dans le sens de création d'une entente partagée sur l'efficacité de la démarche thérapeutique adoptée.

Il est vrai que la pluralité des appartenances culturelles qui marque la société contemporaine, complexifie beaucoup ce travail d'interprétation demandé aux soignants. Fragmentation du tissu social, multiplication des systèmes de valeurs et de normes, individualisation des pratiques sont des phénomènes sociaux qui demandent aux soignants de faire preuve de toujours plus d'acuité dans la capacité de déchiffrement.

Nombreuses sont les occasions de décalages susceptibles de creuser l'écart entre les conduites des malades et les démarches thérapeutiques recommandées par les prescriptions de santé publique, celles issues des laboratoires de microbiologie et celles dictées par la ratio-

nalité médicale. Exercer les soins infirmiers dans une perspective anthropologique requiert une disposition au relativisme culturel. Cela signifie considérer le système biomédical de référence de notre monde occidental comme un discours explicatif sur la nature et les causes de maladie, efficace certes, mais un parmi bien d'autres systèmes d'explication élaborés dans d'autres contextes culturels. C'est en prenant conscience de la particularité culturelle de sa propre grille d'interprétation que la dimension culturelle d'autres approches de santé peut apparaître. En ce sens, le processus d'interprétation et d'explicitation des savoirs est un processus créateur de sens. Cela signifie aussi contester à la médecine officielle le monopole de l'objectivité sur la définition de la maladie et accorder davantage d'attention à la dimension subjective de la maladie. C'est enfin savoir exploiter les décalages possibles entre définition objective et subjective de la maladie comme source d'information pour mieux accéder au sens des conduites thérapeutiques propres au patient et créer ainsi un espace de compréhension favorable à l'établissement d'une démarche de soins acceptée.

Marion Droz Mendelzweig

Anthropologue
Unité de Recherche et de Développement, HES La Source

une tranche de vie: cap pour l'anthropologie!

L'anthropologie me guide au quotidien, elle a changé mon regard, ma perception, elle se révèle un garde-fou extraordinaire pour la compréhension de l'Autre, pour la reconnaissance de l'altérité... mais comment ce cheminement s'est-il produit?

Quand je me remémore les événements qui ont bouleversé mon quotidien professionnel je me dis: *le hasard n'existe pas... ou alors, ce jour là, le hasard a bien fait les choses!*

C'est dans le service de maternité que tout a commencé... En effet, j'ai été confrontée à des difficultés majeures de communication avec des mamans étrangères. Je me suis rendu compte que je ne pouvais pas me contenter de privilégier la communication non verbale c'est-à-dire le toucher, le mime, les mimiques puisque cela s'avérait insuffisant voire non approprié pour créer une relation de confiance, pour offrir des soins de qualité.

A cette époque¹, dans ma «trousse d'infirmière» je ne disposais d'aucun rudiment de connaissance relatif aux normes et valeurs culturelles des familles migrantes. Ce manque de connaissances a donc engendré une incompréhension voire des jugements de valeur vis-à-vis des personnes étrangères qui m'ont poussé à émettre des hypothèses infondées. A tout cela s'ajoutait un inconfort, un mal-être manifestes; j'étais insatisfaite de l'accompagnement que j'offrais aux mamans de cultures différentes. J'avais l'impression que c'était un autre moi qui prenait soin, un moi décalé, éloigné des ses convictions, de ses valeurs, en fait un moi conditionné par des normes, des règles arbitraires, des a priori...

j'ai changé ma manière d'être, mes conceptions de soins se sont modifiées, ma relation envers autrui s'est enrichie. Mes valeurs personnelles, professionnelles ont été chamboulées, j'ai été déstabilisée; néanmoins ce déséquilibre me donnait envie d'apprendre davantage. Tout cela a été très bénéfique pour moi-même et pour mon offre en soins.

La reconnaissance des valeurs, des normes, des habitudes culturelles, des croyances, etc. de toute personne soignée est devenue pour moi une nécessité évidente. J'ai compris que pour donner soin, prendre soin, il s'avérait fondamental de partir à la découverte des valeurs, des normes culturelles... pour établir une relation basée sur la confiance, l'authenticité et le partenariat.

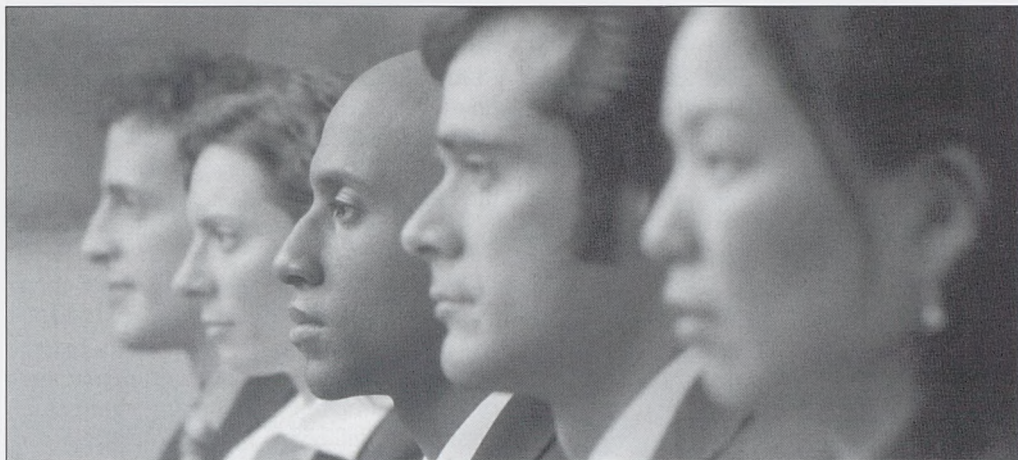
La lecture de divers ouvrages m'a permis de découvrir le concept de l'altérité, de réaliser que l'altérité constitue un des thèmes de la pensée philosophique. Admettre l'altérité c'est reconnaître, accepter les différences, partir à la quête de leur découverte dans un but de compréhension et de non-jugement tout en étant conscient des sentiments de méfiance que peut engendrer la crainte vis-à-vis de l'inconnu, du particulier, de l'étranger car «*si l'autre nous enrichit, il fait parfois peur quand nos repères chancellent.*» Taïeb E (2002)

Reconnaître le concept de l'altérité implique de considérer le point de vue d'autrui, invite au changement car «*l'autre oblige ainsi à se poser des questions, déstabilise les ça va de soi et les habitudes instituées.*» Troianovsky P (2000)

Aujourd'hui encore j'éprouve de la peine à admettre le manque de curiosité, de générosité, à saisir le manque de volonté à se remettre

¹ Années 1990.

Au cours des semaines, des mois, des années,



© Archives Atelier Grand SA

en question, à accepter la partialité, le conformisme, l'ethnocentrisme, la mauvaise foi... de certains professionnels qui pour justifier leur désintérêt, leur modeste implication font référence au manque de temps... mais prend-on systématiquement le temps d'appréhender la singularité de l'autre? L'autre... celui qui est vulnérable, en crise, en souffrance... celui qui demeure réfractaire...

Mes recherches sur l'interculturalité, mes expériences professionnelles et personnelles m'ont amenée à reconnaître les diversités culturelles comme essentielles sans pour autant les considérer comme un livre de recettes. J'ai aussi compris combien il s'avère fondamental de demeurer humble vis-à-vis de ses apprentissages de vie. En effet, il est primordial d'examiner chaque situation de soin comme une situation unique afin de ne pas généraliser, de ne pas identifier les problématiques rencontrées sous un angle de catégorisation ethnique. En fait, la reconnaissance de l'altérité repose en premier lieu sur une découverte de soi-même puis sur une prise de conscience que les différences représentent une richesse.

Cette démarche réflexive m'a confronté à la singularité, à l'unicité, à une perception plus aiguë

sée des us et coutumes avec comme finalité une meilleure appréhension de la différence. Elle m'a poussé à agir de manière pertinente, à défendre une posture, une éthique professionnelles.

Dans mon quotidien d'infirmière puis d'enseignante j'ai réalisé que se questionner sur sa pratique, sur sa relation à l'autre, sur ses valeurs professionnelles et personnelles offre l'opportunité de cheminer avec soi-même et avec autrui. Cela permet aussi de s'impliquer, de s'engager, de donner sens à ses actes de soin, de considérer le soin comme un art, de s'interroger sur la culture de l'autre, sur les valeurs qui l'habitent et *«se préoccuper de reconnaître l'autre à travers sa culture favorise des soins riches de sens, des soins riches d'humanité, qui se révèlent alors des soins éthiques.»* Mareix N (1996)

Il me semble déterminant de convier les professionnels de la santé, les étudiants à se distancer du prêt-à-penser car se destiner à une profession de l'humain c'est s'engager dans une approche systémique et holistique. Entrer dans cette activité professionnelle implique de revisiter ses certitudes, de les confronter, de questionner sa pratique, ses valeurs, ses repré-

sentations, ses habitudes, ses croyances... C'est éprouver du plaisir à rencontrer l'autre, à l'accompagner, à le guider, à le soutenir... C'est aussi l'aider à surmonter le choc culturel inhérent à son hospitalisation puisque l'univers très particulier de l'hôpital peut être ressenti comme étrange, inquiétant, angoissant, choquant, déstabilisant...

Chaque personne possède ses propres représentations, conceptions de la santé et de la maladie puisque dans aucune culture, il n'existe une seule définition de la maladie et un seul traitement. Ainsi est-il crucial de porter un regard attentif sur chaque patient, sur ses émotions, sur ses réactions. Comment ? En le regardant, en l'observant pour tenter de comprendre ce qui l'affecte, le perturbe, le choque, le dérange, le contrarie... Cela contribue à éviter des malentendus lourds de conséquence car *« quand on transforme des traits culturels en symptômes, on transforme la migration en pathologie. »* Arpin J.A (1994)... on transforme la singularité en pathologie.

Ces prises de conscience, ces réflexions m'ont conduit à affirmer que toute situation de soin est une situation anthropologique. J'en suis intimement convaincue, c'est la raison pour laquelle il convient d'apprendre à se distancer de ses convictions, de ses préjugés car *« [...] l'attitude intérieure implique de ne pas tenir compte pour une norme universelle son propre point de vue et de savoir se départir des jugements de valeur ou des représentations hâtives face à des comportements inhabituels. »* Stork H (1989)

Mon intérêt envers les différences culturelles m'amène à penser que toute relation soignant/soigné implique l'engagement. L'engagement à donner le meilleur de soi-même, à faire preuve d'humanité, de clairvoyance, d'une certaine forme d'altruisme...

« Flirter » avec l'anthropologie m'offre l'opportunité de cultiver l'art de l'attention. L'attention à l'autre bien sûr mais aussi l'attention à de multiples petites choses bien ordinaires. Prétexte à porter un regard neuf sur l'étrangeté pour apprécier le particulier, le singulier... Opportunité de changement de regard sur soi, sur les autres... ce qui fait sens à la quotidienneté.

Cela requiert un long cheminement, une quête d'authenticité.

Consacrer du temps aux autres, à soi-même convie à l'humilité. L'humilité d'accepter ses faiblesses, sa faillibilité, sa vulnérabilité, à oser nommer ses craintes, ses réticences, ses erreurs, ses doutes... mais aussi d'oser nommer ses aspirations, ses inclinations, ses passions...

J'ai le sentiment qu'avec de telles prises de conscience nous sommes en mesure de nous approcher d'autrui pour tenter de le comprendre, de lui témoigner du respect dans l'espoir de nous porter garants de sa dignité car *« Nul ne veut être ce qu'il n'aime pas. »* Saint Augustin.

Véronique Hausey-Leplat

Enseignante, HES La Source

Rédactrice Journal La Source

Références bibliographiques :

Troianovsky P., 2000, *Sciences Humaines et soins*, in Sciences humaines et soins infirmiers, sous la direction de Guez E. et Troianovsky P., Paris, Éditions Lamarre, pp 6-17, 207 pages.

Articles :

Arpin J.-A., 1994, *Migration, Santé et Récession : Un nouveau défi pour les sciences humaines*, Médecine et Hygiène, PSM n°2, pp 9-15.

Mareix N., 1996, *Ethique et approche pluriculturelle des soins*; droit et éthique, dossier : *Mieux reconnaître ceux que nous soignons*. Objectif Soins, n°39, janvier, pp 16-18.

Stork H, 1989, *Aspects culturels des techniques de maternage*, Migrations-Santé, n°60, juillet, pp 17-21.

Taïeb E., 2002, *Immigration et intégration : de quoi parle-t-on ?* Vanves, La santé de l'homme, Dossier 57, *Quelle éducation pour la santé des migrants ?* CFES, n° 357, janvier-février, pp 15-18.

art et soin

Art et science

Les partenaires du soin, patients, proches ou professionnels, qui ont eu l'occasion d'expérimenter la rencontre de l'art et des soins ont senti le sens et l'efficacité de telles démarches. Cette rencontre jugée positive, enrichissante, «aidante» de manière si répétitive et forte qu'elle vaut vraiment la peine d'être développée.

Si l'art est de plus en plus intégré aux relations psychosociales, aux actions de lien social ou à la relation pédagogique pour ses effets mobilisateurs des potentiels des êtres humains, l'art est de plus en plus fréquemment invité à renforcer les actions de soin depuis un demi-siècle¹. Le terrain du soin est même le plus fréquenté dans ce qu'on appelle communément art-thérapie.

Traditionnellement, dans toutes les sociétés du monde, l'action artistique fait partie des pratiques de guérison et des pratiques spirituelles. La pensée scientifique du monde moderne occidental a séparé spiritualité et médecine et a évacué l'art de sa pratique, même si l'on parle facilement de l'art médical ou de l'art du soin. Cela est certainement lié à l'effort extraordinaire de rationalisation et d'objectivation de la pensée scientifique. Mais cette pensée scientifique, si elle s'éloigne trop des considérations humaines globales ou de la complexité des situations réelles, comporte le risque de ne plus répondre vraiment aux questions légitimes des êtres humains en situation vivante. Les processus de guérison, nous le savons de mieux en mieux, sont des processus complexes qui concernent l'entier de la personne des patients et de leurs réseaux relationnels. Ces processus

de guérison ne se perçoivent bien qu'au travers d'une vision subjective et intersubjective; la seule ré-équilibration physique objective de la maladie, ne suffit de loin pas. L'expression et la création, nous allons le voir plus loin, sont actifs sur ces niveaux de l'existence. Si l'art est souvent abordé de façon dévalorisante ou idéalisante, dans les sphères scientifiques, il est assimilé trop simplement à une attitude uniquement émotionnelle et d'approximation bricolée. Or il est toujours, pour les artistes, un effort majeur de rigueur, d'éthique, de logique sensible.



© Archives Atelier Grand SA

On doit malgré tout sérieusement se demander, à notre époque de médecine par les preuves (evidence based medicine), ce que l'art apporte vraiment aux soins et comment justifier, valider une telle intégration.

Un nombre de plus en plus important de recherches scientifiques² tentent de mettre en valeur les processus et les résultats de cette pratique qui fait se rencontrer «art et soin»; une méthodologie adéquate est maintenant

¹ Voir J. Stitelmann – Au-delà de l'image, Genève 2002

² Voir J. Stitelmann – Comme je te vois, Journal de l'Araet 2003 ou J. Stitelmann, Le regard des art-thérapeutes, Revue Art et Thérapies, 2004

en bon état de formalisation, se rattachant plus aux normes scientifiques des sciences humaines qu'à celles de la médecine.

Art perçu, art créé

Deux grands niveaux méritent tout d'abord d'être différenciés pour envisager une telle rencontre: l'art que le patient reçoit et celui qu'il crée.

L'art que le patient reçoit. Dans ce premier niveau, le plus facilement praticable par les institutions³, nous les voyons proposer aux patients de se confronter à l'art, le plus souvent concerts de musique, expositions de peinture ou de sculpture, représentations théâtrales. Les buts annoncés, souvent atteints et vérifiés par des études de satisfaction, sont les suivants:

- augmentation de la qualité de vie de l'institution, et donc, du séjour des patients,
- distraction du malade de la souffrance qui accompagne sa maladie et attire en général toute l'attention,
- considération de la maladie comme une occasion de croissance de l'humanité des partenaires.

L'art que le patient fait. A ce niveau, des professionnels proposent d'accompagner le patient dans son propre processus créatif. Les principaux buts sont semblables au niveau précédent, mais l'accent est mis sur le troisième objectif, qui devient plus central: la maladie peut être l'occasion de développer l'humanité des partenaires.

L'expérience de telles interventions se multipliant depuis une trentaine d'années en Romandie, ont montré qu'une formation spécialisée des intervenants était nécessaire pour assurer la qualité de l'intervention et pour éviter des effets négatifs sur les patients, les proches et l'institution⁴.

Effets soignants de l'art

De tels ateliers ou interventions sont pratiqués en individuel ou en groupe et un de leurs objectifs principaux est: considérer le déséquilibre momentané ou chronique que représente la maladie comme une opportunité pour les êtres humains concernés pour progresser dans leur existence, dans la constitution du sens à leur vie, dans l'intégration saine et souple de tous les événements qui la compose. D'autres effets spécifiques de la création sont régulièrement observés.



© Archives Atelier Grand SA

Dans la création, les patients se vivent en entier et non pas seulement comme symptôme, diagnostic, numéro ou partie de leur corps. Ils ont alors, intégré à la sensation entière de leur personne: une âme, une psyché, des désirs, des relations, des potentiels, et ceux-ci sont mis au

3 Les hôpitaux universitaires de Lausanne ou de Genève sont par exemple très actifs sur ce plan ces dernières années. Des personnes engagées à temps plein y ont à charge une programmation artistique large.

4 Voir sur internet: www.araet.ch – www.kunsttherapie-ausbildung.ch – www.l-atelier.ch www.apsat.ch

centre du processus créateur. Cela contraste avec la position légitimement passive du patient dans son lit d'hôpital, attendant d'être soigné par des spécialistes. La médecine d'urgence ne peut plus être la norme de telles interventions. **Le patient est ici, toujours, le spécialiste de son existence.**

Par ailleurs, l'action artistique mobilise fortement les ressources du patient dans l'action de guérison, même si celle-ci ne concerne, apparemment, que des dimensions physiques.

Le processus créatif réalisé en structure soignante permet au patient et à tous les partenaires concernés de se vivre comme pouvant influencer sur le déroulement des choses et non seulement de les subir.

L'art met en lien les humains et permet de lutter contre le sentiment d'isolement que la maladie peut souvent provoquer; il permet d'être compris.

L'art permet de faire l'expérience de la résolution d'une problématique technique et esthétique et de mettre en action des ressources d'adaptation et de transformation. Secondairement, ces ressources expérimentées dans l'action artistique peuvent être transférées dans la situation existentielle des personnes.

L'art augmente la diversité des points de vue sur un événement (accident, maladie,...); il apporte des nuances et un décentrement. L'art, enfin, donne du sens à la vie.

Le cadre de cet article ne permet pas de donner des exemples précis de chaque effet soignant ici présenté, mais la littérature spécialisée en fournit incessamment en quantité⁵.

Dans un tel processus créatif enfin, l'expérience le montre régulièrement, le patient peut élaborer de manière sensible, nuancée et complexe

l'événement de vie qui le conduit en institution soignante, les résonances éventuelles que cet événement éveille de sa vie passée ainsi qu'il ouvre vers une transformation de son identité dans lequel l'événement de vie est intégré et non évacué ou ignoré.

Il est possible à l'intervenant qui accompagne le patient en création d'ajouter des objectifs supplémentaires qui peuvent viser d'autres effets plus ciblés à ces effets généraux décrits ci-dessus. Proposer au patient alité ou en consultation de réaliser une expérience musicale, picturale, l'écriture d'un récit, un jeu théâtral, une danse des mains,... ouvre à chaque fois des mondes différents. Des parties différentes de son identité sont mobilisées avec leurs potentialités respectives. Penser sa maladie en image, en mot ou en sons n'est pas la même chose du tout. Chaque modalité expressive appelle des ressources différentes et invite le patient à construire sa guérison de manière plus complète. L'art mobilise toujours – qu'importe son outil d'expression spécifique – plusieurs modalités existentielles⁶ intégrées de manière complexe alors que l'acte scientifique tend à les disjointre.

Méthode d'intervention

De telles interventions nécessitent un effort de formation complémentaire au soignant. En plus d'être soignant, il devient passeur d'imaginaire, accompagnant émotionnel. L'art en milieu soignant peut être considéré comme un outil d'intervention supplémentaire, comme une médiation dans le but soignant classique, cela en limite certainement les potentialités. Il peut aussi être considéré comme une action soignante en soi. C'est certainement là qu'il

⁵ Voir, par exemple, les bonnes revues suivante: En Suisse: Journal de l'Association Romande Arts, Expression et Thérapies; Forum für Kunsttherapie. En France: Revue Art et Thérapies. Au Canada anglophone: Revue Poiesis,...

⁶ Comme: image, sons, odeur, mot, présence scénique, présence corporelle et mouvement.

peut apporter son entière force et sa vitalité. Pour cela il est nécessaire au soignant d'apprendre à constituer une méthode pour imaginer un dispositif, élaborer des objectifs, pour proposer les moyens expressifs et accompagner le processus créateur pour enfin évaluer les résultats.

Cet aspect est une dimension importante des formations de spécialisation en création et soin ou en art-thérapie, comme cela est pratiqué à l'Atelier à Genève.

Il est toujours utile, voire nécessaire de considérer le patient selon les orientations de la «salutogénèse» et selon les développements les plus récents de la santé préconisés par l'OMS.

Rapidement explicité⁷, le patient situé en relation soignante se vit toujours en situation existentielle de limitation du déploiement de sa personne. Le dispositif créatif que nous proposons va permettre d'expérimenter, dans un espace-temps en retrait du monde quotidien, un processus de développement des potentialités existentielles de la personne, du patient et des partenaires impliqués. Une observation attentive des productions permet ensuite d'en percevoir les éléments nourrissants et novateurs puis de les transférer dans la situation de vie du patient.

Pour conclure, il est utile de préciser que les milieux intéressés par l'art et le développement humain sont en plein travail de structuration en Suisse. Il existe une douzaine d'associations de professionnels et une quinzaine d'écoles de formation qui proposent des cursus de formation continue allant d'une durée de 15-18 mois pour un ajout technique à sa profession préalable, à 3-4 ans pour atteindre une nouvelle identité professionnelle d'art-thérapeute sur la

base d'un futur brevet fédéral qui est en constitution, ou encore 4-5 ans pour un master en art-thérapie expressive. Laissons finalement la parole au poète.

*Et poésie, c'est ce que devient la parole
Quand on a su ne pas oublier qu'il existe un point
Dans beaucoup de mots, où ceux-ci ont contact,
Tout de même, avec ce qu'ils ne peuvent pas dire*

Yves Bonnefoy

Jacques Stitelmann

Travailleur social IES, Psychologue FSP, Psychothérapeute
ASP, Artiste de l'image, Directeur de l'Atelier
24, avenue du Mail – 1205 GENÈVE info@l-atelier.ch

Éléments bibliographiques

- J. Broustra (1996) – *L'expression, psychothérapie et création* – ESF, Paris
J.P. Klein (1997) – *L'art-thérapie* – PUF, Que sais-je, Paris
L. Kossolopow, A. Scoble, D. Waller (2001) – *Arts, Thérapies, Communication – Notamment «Arts Therapy Between Theory and Practice, Research»*. Chapitre 2, pp. 25 à 108
Lit Verlag, Münster, Hambourg, Berlin, London
J. Kriz (2000) – *Thoughts about Research in the Field of Arts Therapy*, in *Poiesis* /2 /2000, TorontoS.
J. Kriz (1998) – *Chaos, Angst und Ordnung* – Vandenhoeck + Ruprecht, Göttingen
S. Levine et al. (1999) – *Foundations of Expressive Arts Therapy* – J. Kingsley, London+Philadelphia
H. Maldiney (1986) – *Art et existence* – Klincksieck, Paris
M. Merleau-Ponty (1964) – *Le visible et l'invisible* – Gallimard, Paris
A. Moles (1995) – *Les sciences de l'imprécis* – Seuil, Paris
E. Morin (1994) – *La complexité humaine* – Flammarion, Paris
S. Mac Niff (1998) – *Art-Based Research* – J. Kingsley, London + Philadelphia
H. Payne et al. (1993) – *Handbook of Inquiry in the Arts Therapies* – J. Kingsley, London
J. Stitelmann (1999) – *Formations dans l'interface arts et thérapies en Suisse; entre diversité et confusion*. In *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Tome IV, No 31, pp. 74-75. Paris
J. Stitelmann et al. (2002) – *Au-delà de l'image, Processus et émergences créatrices en art, en thérapie et lien social* – Deux-Continents, Genève
J. Stitelmann (2003) – *Poiesis*, in *Journal de L'Association Romande Arts, expression et thérapie*, No 9, pp. 23-32. Genève.
D. Waller (1998) – *Towards a European Art Therapy* – Open University Press, London. Dont un chapitre écrit par J. Stitelmann: *Art Therapy in Switzerland*, pp. 29-44.

⁷ Pour plus de détails, voir: J. Stitelmann, *Poiesis*, in *Journal de l'Araet*, 2003.

témoignages autour d'Anne-Marie Gbindoun

Vertiges picturaux de l'instinct vital

Anne-Marie Gbindoun allait sombrer dans le plus irréversible des néants: celui d'une enfance volée, meurtrie qu'on a voulu effacer à jamais lorsqu'une puissance imprévue, presque déroutante, est venue la chercher. Non pas de l'extérieur, mais d'une anfractuosité de son for intérieur dont elle ignorait l'existence et qui lui a dit en jaillissant au pire carrefour des destinées: « prends ce pinceau et fais un trait, retrouve ta voie. »

Depuis, Anne-Marie Gbindoun, une enfant du Bénin exilée à Paris puis échouée à Lausanne, ne respire plus que par ce qu'elle dessine, parce qu'elle peint. Ce n'est pas elle qui est allée à l'art, c'est l'art qui est venu à elle. La voici investie d'une confiance, d'une nouvelle capacité à se développer toute seule, au défi du malheur – et sans vouloir pour autant chercher le bonheur à tout prix. Qu'est-ce que le bonheur en regard d'un trait à l'encre de Chine qui rejoint un autre trait, qui en est poursuivi par d'autres et participe peu à peu à l'apparition d'un faisceau, d'une convergence de lignes qui toutes tendent vers un point qu'on ne voit pas, qu'on atteindra peut-être jamais. Mais qui existe. Qui est la clef de voûte d'une construction.

Aussi, lorsque Anne-Marie Gbindoun peint, ne fait-elle pas que peindre. Elle devient sculpteur, architecte, forgeron. Elle est fascinée par le fer, le métal surtout qu'il paraît lisse. Parce qu'elle en devine la fragilité, l'élasticité, la transparence. Du métal travaillé au burin semble transparaître dans quelques-uns de ses tableaux, qui ne sont faits pourtant que de papier, d'encre, de couleurs acryliques vives mais mangées par la nuit. Car plus elle assombrit ses coloris, comme chez Cha  im Soutine qu'elle admire tant – instinctivement d'ailleurs – plus

elle les charge d'obscurités en forme de grilles superposées, et mieux l'élan vital peut sourdre des interstices du treillis, pour se mettre à rayonner dans la caverne de Platon.

Quand Anne-Marie Gbindoun peint, elle bat le fer, le fait crier et lancer des étincelles. C'est aussi une manière forte d'écrire, de réécrire ce qu'elle voit en elle-même comme au dehors. Si elle a commencé à dessiner et peindre sur du papier journal, c'est parce qu'elle n'avait pas les moyens financiers de se procurer du papier vélin... Mais du coup, elle est devenue palimpseste en couvrant de ses propres traits, de sa propre graphie, des écritures antérieures, extérieures. Quelle volupté, quel vertige que de se sentir capable de réécrire le monde sans la prétention de le refaire. On ne refait pas le monde ni sa vie. On ne refait rien; écrire des formes, c'est faire tout court.

ANNE-MARIE NE REVIT PAS, ELLE VIT.

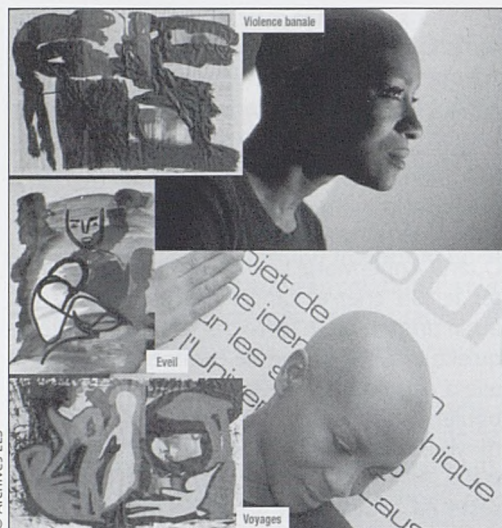
Gilbert Salem

In: Invitation à la Galerie Roch, Ballens / Morges, printemps 2005

Gilbert Salem est chroniqueur depuis vingt-cinq ans à 24 heures. Il est également écrivain et essayiste. De nombreux prix ont récompensé ses livres. Il est auteur, entre autres, de *Gustave Roud*, (essai), *Le Miel du lac* (roman), *   la place du mort* (récit), *Le Puzzle amoureux* (récit) et du texte du Livre officiel de la Fête des Vignerons de Vevey.

La victoire du trait

Lorsqu'une femme, blessée dès l'enfance dans sa chair, ses sentiments et son identité encore hésitante, en arrive, après avoir sauvé sa peau en fuyant les lieux de la maltraitance initiale, à cumuler les dépôts, les chocs, la solitude, le morcellement affectif et bien d'autres souffrances, cela s'appelle la fatalité. Lorsque cette même



s'ajoutent un talent époustouflant, une inventivité qui en remonterait à bien de nos « peintres de cour », une force sensuelle et tragique qui nous explose à la figure, un humour libérateur.

Oui, voici qu'Anne-Marie Gbindoun renaît, sous nos yeux, pour nous dévoiler son âme libre et nomade. Elle nous réserve d'autres surprises et l'on entendra encore parler d'elle, longtemps.

Dr Gérard Salem

Psychiatre spécialisé dans la systémique et dans l'hypnose.

Créateur de la Cimi, établissement sanitaire consacré au soin des familles maltraitantes.

<http://www.cimi.ch>

femme, à la faveur fortuite d'un trait de pinceau, trempé dans de l'encre de Chine, sent soudain que son corps et son âme s'éveillent, que son intelligence, sa sensibilité, son amour pour la vie sont toujours là, que rien n'est perdu, qu'elle est digne d'être aimée, cela s'appelle aujourd'hui la résilience.

Ainsi, il a fallu un coup de pinceau pour répondre aux coups subis. Voilà que ce large trait noir sur le papier ouvre une brèche subite dans le ciel. Le trait est la première force de frappe de cette jeune artiste franco-africaine, dont les gestes évoquent étrangement ceux des calligraphes chinois. Oui, la voilà qui se met à peindre inlassablement, à faire des collages, à sculpter, portée par un souffle invisible, émerveillée par cette expérience révélatrice qui ouvre le monde à ses yeux, puis aux nôtres. Voici que la douleur se transforme en passion, que les blessures saignent de l'encre, de l'huile, de l'acrylique. Voici que la douleur s'anesthésie, qu'une autre dimension émerge d'une mémoire plus profonde, plus ancienne, plus puissante: celle de la création, désormais la seule chose qui compte dans sa vie. A quoi

L'art à la Source

Clinique de La Source

Galerie

DU 27 OCTOBRE 2005
AU 8 JANVIER 2006

JEAN-CLAUDE DIAN

DU 26 JANVIER 2006
AU 2 AVRIL 2006

ŒUVRES DES ELEVES DE L'ECOLE
DE PEINTURE
DE FERNANDA SAUER

VERNISSAGE LE JEUDI
26 JANVIER 2006 A 17H30

AVENUE VINET 30, 1004 LAUSANNE



*message de Noël
de la présidente*

Lumière... source de vie

Dès la nuit des temps sur notre planète Terre,
L'être humain est passionné par la lumière
Et le calme et majestueux chassé-croisé
Ininterrompu d'ombre et de clarté.
D'Est en Ouest, les rayons du soleil chassent la nuit
Et à l'opposé, l'ombre vient, la lumière fuit.
Dès l'antiquité, les théories ont fusé
Pour cette incroyable énergie apprivoiser.
Au fil des siècles, de savantes découvertes
En arrivent à mettre en danger la Planète.
L'électricité illumine les cités
Et l'économie domine la société
Amenant l'homme à ne penser qu'au profit;
Engranger de l'argent devient son grand défi.
Cette lumière qui le fascine et le fait rêver
Ce n'est que dans son cœur qu'il devra la trouver.
Cette lueur de vie est cadeau du Créateur
À chacun de gérer sa flamme intérieure.

En cette période de Noël, que votre propre lumière éclaire
votre chemin de vie. Prenez-en bien soin, celle-là ne coûte rien!

Noël béni à tous!

Huguette Muller

Décès

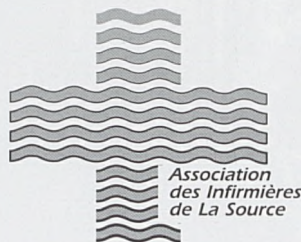
Monique Brasey-Nicole (diplômée du PRISC)
décédée le 10 septembre 2005.

Toute notre sympathie à la famille dans le deuil.

Naissance

Imane, née le 2 septembre 2005, pour la grande
joie de ses parents Silvia (étudiante entrée au
printemps 2004) et Mohamed Faouzi.

Toutes nos félicitations aux heureux parents.



La Source crée des liens

L'Association les maintient

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

CCP 10-2712-9 – Lausanne

LECTEURS

Vous qui appréciez ce journal, aidez-nous!

Tout d'abord en renouvelant votre abonnement. Vous n'ignorez pas combien votre présence est précieuse: c'est d'abord pour vous que nous éditons chaque trimestre un nouveau numéro pour vous informer et vous faire partager nos idées depuis 115 ans.

Et puis nous avons besoin de nouveaux abonnés! Nous comptons sur vous pour nous faire connaître, nous savons par expérience que la publicité directe, de bouche à oreille, est la plus efficace.

D'avance un grand merci!

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

N° postal/Localité: _____

Votre message: _____

Date: _____

Signature: _____

Nouvelles adresses

Hasina Amstutz Bonnefoy
Av. de Floréal 27
1008 Prilly

Danielle Baier-Grand
Ch. du Brit 19
1032 Romanel-sur-Lausanne

Michelle Hofmann-Voisard
Ch. de Pré-Gentil 48
1242 Satigny

Colette Massé-Sickert
Rue des Chavannes 1C
1304 Cossonay-Ville

Béatrice Pointet
Rue de la Côte 22
2400 Le Locle

Aline Yersin-Berger
Rte Aloys-Fauquez 47
1018 Lausanne

Rédaction

Journal La Source

Comité de rédaction

Marie-Claude Siegfried-Ruckstuhl,
Walter Hesbeen, Phyllis Wieringa, Brigitte Jaquet.

Responsables de la parution

Christiane Augsburg, directrice.
Alexia Stantzios, rédactrice.
Véronique Hausey-Leplat, rédactrice

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

Abonnement

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

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

La Source

Haute Ecole de la Santé

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

Directrice

Christiane Augsburg

Clinique

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

Directeur général

Michel R. Walther

Directeur des Soins Infirmiers

Pierre Weissenbach

Association des infirmières

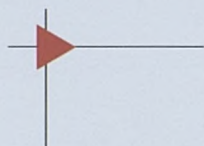
Présidente

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

Trésorière

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

ISSN 1660-8755



Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales (DHEPS)

Option « Pratiques de développement social, santé communautaire
et recherche-action »

► Diplôme de deuxième cycle universitaire ◀

Une formation en deux ans, par session,
en alternance entre Strasbourg et Lausanne.

► Prochaine rentrée : novembre 2006 ◀

► Délai de dépôt des dossiers de candidature : 31 octobre 2006 ◀

M. Michel Fontaine, responsable de formation,
est à votre disposition pour tout entretien
et préparation du dossier de candidature.

Tél. +41 21 641 38 29

E-mail : m.fontaine@ecolelasource.ch

