

Editorial

**Risque et santé**

« Le plus grand danger dans la vie c'est de ne rien risquer du tout ». « La vie est un risque permanent, si l'on refuse le risque, la vie devient vite étriquée »<sup>1</sup>. A l'évidence, ces réflexions affirment à la fois que le risque fait partie intégrante de la vie et que vivre c'est risquer. Le risque est considéré la plupart du temps comme un danger pour la santé. Il s'agit, le plus souvent, pour nous professionnels<sup>2</sup>, de prévenir, de (se) protéger, de réduire, de (s')assurer contre, de gérer le risque. Il est alors peu perçu comme un facteur d'évolution, de changement, bien que la plupart des actions professionnelles y tendent.

Quatre recherches, quatre manières de considérer le risque, de l'interroger, de s'y confronter, de le comprendre.

**Vivre avec le risque** découlant de choix de vie. Comment des hommes ayant des pratiques homo et hétérosexuelles intègrent-ils les risques ?

**Réduire un type de risque** dans un pays ravagé par la guerre et le SIDA, en misant sur la formation d'agents de prévention efficaces. Qu'est-ce qui pourrait influencer le développement des habiletés nécessaires aux futurs infirmiers ?

**Choisir les risques** dans un EMS de psycho gériatrie ouvert. Prendre des risques « calculés » en tant qu'institution et soignants contribue à la personnalisation du soin et au bien-être du résident. Une autre façon de « faire avec » le risque ?

**Prendre des risques.** Se faire mal, se faire peur, s'exposer aux risques. Pourquoi des jeunes se mettent-ils ainsi en danger ? Une nouvelle diplômée partage ses questions et ses découvertes.

Michèle Monnier

[m.monnier@ecolelasource.ch](mailto:m.monnier@ecolelasource.ch)

<sup>1</sup> Réflexions relevées sur un forum internet.

<sup>2</sup> Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

Comportements à risque des hommes âgés de 40 ans et plus dans leurs pratiques homo et hétérosexuelles

Cette étude<sup>3</sup> porte sur les pratiques bisexuelles chez des hommes âgés de plus de 40 ans. Le but est d'identifier les stratégies de protection que choisissent les hommes ayant des partenaires sexuels des deux sexes. L'hypothèse est que pour les hommes de ces âges, l'utilisation du préservatif demeure plus problématique, ces personnes ayant connu une sexualité libre, sans la contrainte de se protéger contre le VIH.

**Méthodes :** Cette étude de type qualitatif utilise l'interface des forums électroniques conçus pour faciliter les rencontres entre hommes comme outil d'entretiens. Ce choix est dû au caractère très intime du sujet et à l'impossibilité de se rendre physiquement sur les lieux de rencontres homosexuelles.

Les questions posées à nos informateurs ont porté sur :

- leur attitude face au risque (critères de sélection des partenaires, conditions requises pour l'acte sexuel, lieux de pratiques, pratiques sexuelles avec des partenaires du même sexe et du sexe opposé, comportements préventifs) ;
- leur statut conjugal (hétérosexuel, homosexuel ou célibataire, stabilité des relations sexuelles) ;
- les aspects relationnels et subjectifs (leur motivation pour la pratique homosexuelle, leur perception du risque, l'adoption et /ou l'expression d'une identité bisexuelle).

Sur l'ensemble des 72 personnes contactées, 30 personnes se sont prêtées à un entretien dont 19 entretiens exclusivement par voie électronique. 11 personnes ont accepté une rencontre en face à face. 22 d'entre eux vivaient avec une partenaire féminine, 5 étaient célibataires.

<sup>3</sup> Droz-Mendelzweig M. Hausey-Leplat V. (2008) Prise de risque des hommes d'âge mûr dans des pratiques homo et hétérosexuelles : sens du risque et rapport aux mesures de prévention. Rapport de recherche financé par la Fondation la Source, Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne.



## Risque VIH parmi les étudiant-e-s en soins infirmiers au Rwanda : connaissances, attitudes et auto-efficacité<sup>4</sup>

### Résultats

Les partenaires. Les 2/3 des répondants, célibataires ou vivants en couple hétérosexuels, cumulent des relations avec des partenaires masculins privilégiés et avec des partenaires occasionnels. D'autres entretiennent aussi des relations occasionnelles avec des femmes, en particulier ou dans le cadre de rencontres en triade ou en double couple.

La bisexualité s'exprime par le fait de varier à la fois ses partenaires et le sexe de ceux-ci/celles-ci. Pour certains leur bisexualité tient au fait que dans un passé plus ou moins proche, ils ont entretenu des relations affectives avec des partenaires des deux sexes sans que cela soit obligatoirement aussi des partenaires sexuels.

L'utilisation du préservatif. L'enquête révèle que le préservatif est un objet intégré dans les sexualités entre hommes ainsi l'hypothèse d'un effet générationnel n'est pas confirmée. Les répondants déclarent être intransigeants sur l'usage du préservatif avec les partenaires occasionnels. Les répondants mariés entretenant une relation durable avec un partenaire masculin et qui, de surcroît, déclarent une confiance absolue en leur épouse tendent à abandonner toute mesure de protection avec ce dernier. Six hommes bisexuels mariés affirment ne pas l'utiliser lors de relations sexuelles avec leur épouse.

Le risque. La confiance établie en regard de la régularité, la stabilité et la durée des relations induit une baisse des pratiques préventives. Cette situation expose en tout cas les épouses à un risque de contamination.

Dans le cadre de notre échantillon, le risque n'est pas envisagé uniquement du point de vue des dangers de contamination. Des considérations d'ordre moral tiennent une place tout aussi importante. Des informateurs disent abuser de la confiance de leur épouse, agir de façon déviante. D'autres relèvent la crainte que leurs pratiques bisexuelles soient divulguées, ce qui représente pour eux un risque majeur, voire plus grave, que le risque d'être contaminé.

Dans l'ensemble, nos informateurs intègrent le risque comme dimension inhérente à leur vie et font en sorte de le vivre le mieux possible. Ils se disent et se sentent personnellement responsable de prendre en compte le risque dans chaque situation, selon le contexte.

**Marion Droz Mendelzweig**  
[m.droz@ecolelasource.ch](mailto:m.droz@ecolelasource.ch)  
**Véronique Hausey-Leplat**  
[v.hausey-leplat@ecolelasource.ch](mailto:v.hausey-leplat@ecolelasource.ch)

Le Rwanda est l'un des pays d'Afrique les plus atteints par la pandémie VIH. Dans les communautés rurales du pays, les infirmiers sont souvent les professionnels de santé de référence et au premier rang du combat contre le SIDA. Cette recherche vise à déterminer le niveau de préparation d'étudiants en soins infirmiers dans le domaine de la prévention et des soins VIH et, plus spécifiquement, l'auto-efficacité en situation de counseling VIH, les valeurs, la motivation et les attentes de résultats. L'auto-efficacité relève de la croyance que la personne a en ses capacités de mener à bien une action. Elle est l'élément le plus prédictif de la réalisation de l'action (Bandura, 2002)<sup>5</sup>. Les études faites dans divers pays indiquent que le niveau de préparation des infirmiers est influencé par plusieurs facteurs, dont les connaissances, les croyances de santé, les comportements et l'auto-efficacité (Uys, 2003)<sup>6</sup>.

Trois écoles de soins infirmiers et trois lieux de stage ont participé à la phase qualitative de l'étude et deux autres écoles à la phase quantitative avec un questionnaire auto-administré à 200 étudiants de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année. Les étudiants proviennent en majorité de familles d'agriculteurs, avec une scolarité primaire. Plus de 80% des étudiants sont des jeunes filles.

**Résultats.** Les éléments recueillis mettent en évidence le manque de ressources matérielles et humaines dans les centres de santé, lieux d'apprentissage, l'insuffisance de l'expérience pratique et des connaissances des étudiants, les lacunes importantes des approches culturelles et psychosociales dans la formation. Les centres de santé présentent des risques de contamination VIH pour le personnel, les patients et les visiteurs.

### Accompagnement et soins

Environ un quart des étudiants sortants n'a jamais accompagné une personne vivant avec le SIDA. Ceux ayant établi une relation avec une personne VIH+ disent ne plus avoir peur de donner des soins. Les récits des étudiants montrent que leurs outils d'accompagnement psychosocial sont très limités. Par souci de confidentialité les étudiants sont rarement invités à participer aux séances de counseling VIH.

<sup>4</sup> Wosinski, J., Montgomery, S., Modeste, N. & Hart, D., (2008). HIV risk among nursing students in Rwanda: knowledge, attitudes and self-efficacy. © Lomapublichealth1029.

<sup>5</sup> Bandura, A. (2002). Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles, De Boeck.

<sup>6</sup> Uys, L. R., (2003). Aspects of the care of people with HIV/AIDS in South Africa. *Public Health Nursing* 20, 271-280.



Quelques-uns se sentent démunis devant l'ampleur des besoins de leurs patients VIH+. Certains se disent choqués par la rudesse avec laquelle des infirmiers traitent les personnes vivant avec le SIDA. Les femmes, majoritairement présentes aux activités de prévention, ont peu de pouvoir pour négocier des relations sexuelles sans risques

#### Connaissances

Les étudiants ont une connaissance insuffisante de la transmission et de la prévention du VIH. Peu d'entre eux connaissent l'expression « précautions universelles ». Presque la moitié des étudiants ne peut pas décrire la manière de manipuler et d'utiliser sans risques le matériel d'injection. Environ un quart des étudiants sortants déclarent que pour se protéger du VIH, il est préférable de s'abstenir d'entrer en contact avec des personnes atteintes du virus. L'utilisation des préservatifs est perçue comme risquée, peu fiable et une barrière au plaisir. Ceux qui l'utilisent sont perçus comme vivant de manière dissolue.

#### Rôle et auto efficacité

Les étudiants disent que leur rôle est de favoriser l'inclusion des patients VIH+ dans la communauté, de promouvoir les mesures d'hygiène de vie ainsi que la confiance et l'estime de soi.

Dans l'ensemble les étudiants indiquent un niveau moyen d'auto-efficacité en counseling VIH. Les facteurs influençant le plus le niveau d'auto-efficacité sont le manque de connaissances de la transmission et de la prévention sexuelle du VIH, les valeurs sociales ainsi que le peu d'expérience des soins VIH et de pratique du counseling.

Ces résultats font l'objet de recommandations pour la formation en soins infirmiers au Rwanda actuellement en restructuration.

Un enseignement axé sur l'intégration contextualisée des connaissances, l'expérience de l'accompagnement des personnes VIH+ et la clarification des valeurs permettrait d'élever le niveau d'auto-efficacité et ainsi d'améliorer la prise en charge des patients VIH+, l'éducation préventive liée au risque sexuel et la protection des soignants sur le terrain.

**Jacqueline Wosinski**  
[j.wosinski@ecolelasource.ch](mailto:j.wosinski@ecolelasource.ch)

## Influence du risque sur la personnalisation du soin. Quelles conséquences pour le soignant ?<sup>7</sup> Le risque pour qui ? Comment ?

Ce mémoire rend compte du travail que requiert le fait de passer d'une position institutionnelle et de soignant, luttant contre le risque, à l'acceptation du risque comme élément important de la personnalisation du soin. Risque et sécurité sont inhérents à un soin personnalisé.

L'actrice-auteure, infirmière-chef, chercheuse dans un établissement médico-social de psycho gériatrie décrit, son action en ces termes : « *Nous avons recherché des solutions à nos ambitions, en testant un système d'offre en soins basé sur deux principes: le respect des habitudes de vie du résident dans ses activités de la vie quotidienne et la prise de risque* ».

Cette recherche action met en scène et en évidence la complexité et les enjeux du prendre soin. Il est important de prendre des risques « calculés » pour que la vie garde son sel, son sens et ceci tant pour le résident, que pour les soignants. Il s'agit d'intégrer et de reculer les limites du risque dans une pesée d'intérêts inlassable entre les protagonistes en présence (soignants, usagers, famille, environnement), d'entrer dans la complexité du travail, mais aussi de rendre visible ce même travail fait de tant de détails quotidiens, d'attention à l'autre, de finesse du jugement, de créativité comme de difficultés, d'obstacles, de contraintes, de normes.

**Personnaliser les soins passe par une prise de risque du soignant.** La personnalisation se manifeste en bonne partie dans une prise de risque consciente entre partenaires, dans le plaisir partagé, le dialogue, les négociations, une co-construction de sens. Si le sens pour la personne nous échappe, le sens du soin advient. Pour le résident, il ne s'agit pas de risque. Le fait de marcher, de se nourrir d'aliments aimés ou de désirer une clé de chambre n'est pas en soi une prise de risque. Ces actes font partie de la vie quotidienne et sont vécus comme "normaux" par la majorité des résidents.

**La personnalisation de l'accompagnement** prend sa source dans les événements dont le résident est l'auteur et l'acteur. Elle relève d'une démarche de soins respectueuse des personnes, ancrée dans les contextes de soin, de l'institutionnel et de l'environnement familial et social. Elle s'accomplit dans les actes de la vie quotidienne, les moyens de protection et de surveillance. Elle est l'affaire de tous.

**Michèle Monnier**

<sup>7</sup> Jaton Sandrine. (2008) Recherche qualitative de l'influence du risque sur la personnalisation du soin. Mémoire de diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales. Université Marc Bloch, Strasbourg, et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne.



## Entretien entre Nathalie Favre, bibliothécaire-documentaliste, et Valérie Mermillod Ramchurn, diplômée de la Haute Ecole de la Santé La Source

Vous avez achevé votre formation en soins infirmiers en 2006. Votre mémoire de fin d'étude s'intitule **Jouer à se faire mal : comportement normal ou paradoxal ?**<sup>8</sup>. Qu'est-ce qui a motivé le choix de ce sujet de recherche ?

L'apparition récente de l'émission télévisuelle « Jackass » sur la chaîne MTV, spécialement destinée aux jeunes, a été pour moi source d'une forte incompréhension. Comment des jeunes adultes peuvent-ils aimer mettre en danger leur santé ou celle de leurs camarades, en se lançant des défis où la douleur est pratiquement toujours présente ? J'ai donc décidé d'explorer la question suivante : « Le comportement dit « jackassien » de certains jeunes adultes est-il un comportement à risque, et qu'est-ce qui l'influence ? Avant de rédiger ce mémoire, j'étais d'avis que ces jeunes ne méritaient pas qu'on les prenne en charge, car ils étaient conscients des risques pris. Cette opinion étant en contradiction totale avec les valeurs professionnelles transmises, je ne pouvais pas m'en contenter. Je devais être certaine de l'origine de ce type de comportement, afin de déterminer si ces jeunes pouvaient être aidés, ce qui me permettrait alors de développer une offre en soins adaptée et objective, et non pas aveuglée par mes préjugés.

*Cette étude vous a permis de mener des réflexions intéressantes sur des concepts théoriques (le risque, le fonctionnement d'un groupe, poser des hypothèses autour d'un rite d'entrée dans le monde adulte, etc.).*

L'entrée dans la vie adulte est un moment de plus en plus difficile pour les jeunes en perte de repères. Ils perçoivent très bien sur quelles valeurs reposent notre société et ne savent pas comment faire pour les intégrer tout en vivant comme ils l'entendent. Les médias jouent un rôle essentiel, en tant que relais de ces valeurs mais aussi en tant que producteurs de modèles que certaines personnes croient devoir suivre. Il apparaît à travers les entretiens que les facteurs influençant leurs comportements à risque sont liés tant leur histoire personnelle qu'aux valeurs de notre société occidentale. Ces jeunes sont à la fois auteurs et victimes. Ils ne sont pas seuls responsables. J'ai pris conscience que le phénomène « Jackass » n'est qu'un symptôme.

<sup>8</sup> Mermillod, V. (2006) *Jouer à se faire mal : comportement normal ou paradoxal ?* Lausanne, Mémoire de fin d'études, Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne.

Dans le cadre de votre étude, vous avez donc pu creuser différentes facettes de votre rôle professionnel. Cela vous a-t-il été utile depuis votre récente entrée dans le monde professionnel, lors de vos prises en charge ?

Je travaille depuis 18 mois au CHUV, dans le service de chirurgie plastique et reconstructive (CPR), où sont pris en charge les patients victimes de graves accidents nécessitant une chirurgie de reconstruction, suite à des fractures ouvertes par exemple.

Je ne me suis jamais occupée d'une personne qui fait preuve d'un comportement « jackassien », mais je soigne parfois des personnes adeptes de la vitesse en voiture ou moto qui payent cher leur addiction. Je remarque certaines similitudes avec les jeunes interrogés pour mon mémoire, telles que leur avis sur le risque, l'influence du groupe. Par contre, la gravité de leur situation, avec les séquelles physiques (impossibilité de reprendre certaines activités, voire même simplement de marcher seul) et psychiques (modification de l'image de soi) amène ces patients à une autre réflexion. Ils prennent conscience de leur problème et souhaitent travailler sur eux-mêmes afin de le dépasser.

Ma recherche m'a donc permis de me créer une base de connaissances et d'outils utilisables pour toutes confrontations à des situations de prise de risques.

**Nathalie Favre**

[n.favre@ecolelasource.ch](mailto:n.favre@ecolelasource.ch)



## Equipe de l'Unité de recherche et développement

Michèle Monnier, *responsable* – Denise Francillon, *archiviste-historienne* – Marion Droz Mendelzweig et Marianne Chappuis, *chargées de recherche* - Andrée Favre, *secrétaire*

[urd@ecolelasource.ch](mailto:urd@ecolelasource.ch) – Tél. 021 641 38 35

Centre de documentation CEDOC :

[cedoc@ecolelasource.ch](mailto:cedoc@ecolelasource.ch) – Tél. 021 641 38 20