



Sommaire:

- **Prescriptions pour l'uniforme des infirmières de l'Hôpital cantonal..2**
(août 1947)
- **Journée commémorative du 5 octobre 1957.....4**
(août 1957)
- **Le service interécoles de soins à domicile.....6**
vu par quelques élèves qui y travaillent
(Goutte-à-Goutte n°3 de 1967)
- **Echos de la Journée Ecole du 29 janvier 1977.....8**
(Goutte-à-Goutte n°2 de 1977)
- **Etendre l'action médico-sociale à domicile.....12**
(Goutte-à-Goutte n° 1 de 1987)
- **Les oubliés de la douleur.....16**
(Goutte-à-Goutte N°1 de 1997)
- **Présentation de Laurent Gattlen.....18**
(Goutte-à-Goutte N°3 de 1997)

Prescriptions pour l'uniforme des infirmières de l'Hôpital cantonal (Paru dans le n° d'août 1947)

1. Une robe de travail en cotonne gris-bleu, avec de petites plaques d'épaules, manches longues, avec quelques fronces au devant du corsage pour donner de l'ampleur, quatre plis couchés (deux dans un sens et deux dans l'autre), piqués à trois centimètres, devant et dans le dos, relâchés dans le bas de la robe ; une ceinture de la même étoffe et de 6 cm. de large, une poche cachée dans le premier pli de la jupe à droite, une autre petite pour la plume et le crayon, à gauche dans le second pli du corsage ; longueur de la robe : 30 à 32 cm. du sol (sans souliers) ; un col et des manchettes empesés, une cravate blanche de piqué fin.
Une cape de même tissu complète la robe pour sortir ; elle est à angle droit devant et couvre à moitié la ceinture.
2. Une robe et cape de sortie en lainage, de même forme exactement que la robe de travail.
3. Un manteau de lainage d'un bleu assorti aux robes, doublé ton sur ton, forme tailleur, avec martingale, deux poches ; il est de deux centimètres plus long que la robe. Cache-col et gants blancs.
4. Un voile de soie d'un bleu assorti aux robes et au manteau, long et large de 70 cm., sans jours, avec des ourlets de un centimètre et demi de large et un petit liseré blanc sur le devant.
5. Un costume tailleur selon les prescriptions de l'A.S.I.D.
6. Des souliers noirs classiques et des bas gris.
7. Il existe une blouse blanche à porter par mesure de prophylaxie sur la robe d'uniforme ; elle est en croisé, se boutonne dans le dos, a une plaque se terminant en pointe devant, l'ampleur est donnée par des fronces partant de la plaque, manches longues ou courtes à volonté, a une ceinture de 6 cm. cousue devant. Dans des services spéciaux (salle d'opérations), la blouse remplace la robe ; elle doit alors être portée avec une jupe d'uniforme, le col et la cravate.
8. Le tablier de toile blanche, bien enveloppant, a une ceinture taillée légèrement en forme, une bavette un peu échancrée en rond avec de larges bretelles formant corps avec la bavette, deux grandes poches arrondies ; il a un centimètre de moins que la robe.
9. Un bonnet selon le modèle déposé.
10. Les élèves de première année n'ont pas droit au costume de sortie.
11. Pour distinguer les élèves des différentes classes et des diplômées, elles portent sur la manche gauche de leur robe, des chevrons, un pour la première année, deux pour la seconde et trois pour la troisième année.
12. Les infirmières diplômées n'ont plus de chevrons sur leurs manches, elles ont droit à la broche et à l'insigne brodé sur le tablier. Les chefs portent un insigne distinctif.
13. Il est strictement interdit de porter des bijoux avec l'uniforme à l'exception seulement de l'anneau de mariage.

14. Chaque infirmière diplômée ou élève-infirmière est tenue de porter son uniforme exactement selon les prescriptions et avec dignité. Elle doit se souvenir qu'elle est une représentante de l'école et est responsable de son bon renom.

Des sanctions seront prises contre toute infirmière de l'hôpital ne portant pas son uniforme correctement.

Lausanne, août 1947.

Le Directeur de l'Hôpital,
COTTIER.

JOURNEE COMMEMORATIVE

du 5 octobre 1957

(paru dans le n° d'août 1957)

Que chaque infirmière et infirmier de l'Hôpital se sente chaudement invité et prenne cet appel pour une invitation personnelle. Nous comptons sur une forte participation. La Cathédrale est vaste et ses portes seront toutes grandes ouvertes pour vous recevoir, vous, vos parents et vos amis. Dites à tous ceux qui s'intéressent à notre profession que la cérémonie est publique ; invitez les jeunes, les parents qui seraient susceptibles d'encourager leurs enfants dans notre voie.

Le programme de la journée se présente comme suit :

10 h. *Assemblée extraordinaire de l'Association.*

14 h. 15 *Cérémonie à la Cathédrale.*

1. Orgue
2. Ouverture
3. Fanfare des Collégiens
4. Allocution religieuse de M. le pasteur Visinand
5. Chœur du personnel soignant
6. Discours de M. le conseiller d'Etat G. Despland, chef du Département de l'intérieur
7. Fanfare des Collégiens
8. Discours du représentant de la Croix-Rouge
9. Chœur d'hommes de l'Hôpital
10. Discours de M. Gafner, directeur de l'Hôpital cantonal
11. Fanfare des Collégiens
12. Jeu symbolique
13. Chœur du personnel soignant
14. Clôture et prière de M. le pasteur Rochat.

16 h. 30 *Collation aux Allières*

Tombola dont le bénéfice est réservé pour le Fonds de secours.

- Attractions.

20 h. 30 *Dîner au Restaurant Vaudois, place de la Riponne.*

MENU

Mousseline de foie gras Brioche et beurre

Consommé double au Xérès

Coquelet du pays Grand-mère Pommes rissolées Petits pois au beurre Salade mimosa

Bombe glacée Trocadéro

Au dessert, la *Chanson de Lausanne* viendra nous charmer par ses chansons vives et pleines d'humour.

Quelques discours ! ! ! ! !

Puis l'orchestre *The DonaJd's*, avec son allant et sa gaieté, nous entraînera dans de joyeuses farandoles et ceux qui aiment la danse pourront s'amuser à qui mieux mieux jusqu'à 2 heures du matin.

Quant aux inscriptions, vous recevrez encore une circulaire qui vous donnera tous les renseignements utiles.

Préparez-vous, pensez à cette belle journée et surtout venez à la Maison-Mère apporter votre joie, votre reconnaissance et votre entrain.

Lançons un défi à tous tous ceux qui croient que notre profession n'engendre que la mélancolie et la fatigue ; prouvons-leur qu'infirmiers et infirmières savent garder un cœur jeune, plein d'enthousiasme et que, malgré tout, la vie est belle.
Votre présidente qui compte sur vous tous. A bientôt.

M. Aubert-Bourl'honne.

Le service interécoles de soins à domicile

vu par quelques élèves qui y travaillent (paru dans le Goutte-à-Goutte n°3 de 1967)

Pourquoi, pensez-vous, la création d'un tel service ?

Mlle von Allmen, directrice de La Source, et notre directrice, obéissant à deux nécessités du moment, sont devenues les promotrices de ce nouveau secteur. Premièrement, les nouvelles directives de la Croix-Rouge exigent que toute élève effectue un stage en hygiène publique. Secondement, le Professeur A. Delachaux, médecin-chef de l'Hôpital Sandoz, recherchait une solution aux différents problèmes posés par la longue hospitalisation de certains malades chroniques. Ces patients ne requièrent que des soins simples : leur réintégration dans le milieu familial diminuerait l'acuité de leurs problèmes tant personnels que financiers.

En juin 1966, un groupe de travail interécoles est mis sur pied. Celui-ci comprend les monitrices de santé publique des deux écoles, l'assistante sociale et l'infirmier-chef de l'Hôpital Sandoz, ainsi que la responsable des Aides au foyer de Pro Senectute. Voici quelques-unes des tâches de ce groupe :

- étude des besoins,
- étude du travail des élèves-infirmières,
- étude de l'effectif disponible,
- répartition géographique des cas,
- étude du problème des transports,
- organisation et liaisons à établir.

Quelques consignes sont à respecter, entre autres :

- se limiter premièrement aux malades de l'Hôpital Sandoz,
- ne pas empiéter sur le domaine des services existants,
- établir un budget.

Après une longue préparation, quelques malades quittent l'Hôpital Sandoz au début de novembre 1966 et réintègrent leur domicile.

Actuellement nous comptons huit malades disséminés aux quatre coins de la ville. Initialement nous devions nous occuper des malades des quartiers est, avec pour ligne de démarcation le métro, prolongé nord-sud, tandis qu'à La Source incombait les patients de l'ouest.

Nous sommes 4 à 7 élèves et une monitrice pour assurer le service qui compte 12-13 visites par jour. Certains de ces malades nécessitent deux personnes à chaque visite.

Quel genre de soins pratiquons-nous ? Surtout des soins de base, tels que toilette complète, prévention d'escarres de décubitus, pansements, soins généraux pour malades chroniques, contrôle de la prise des médicaments, injections.

Si d'une part nous constatons déjà des résultats encourageants, il n'en reste pas moins bon nombre de problèmes à résoudre pour que ce service soit une expérience concluante.

Tout d'abord la grande dispersion de nos malades occasionne une perte de temps considérable, une fatigue supplémentaire due aux trajets, sans compter les tarifs onéreux des TL.

Le temps à consacrer à chacun en est diminué, alors que c'est souvent de notre présence qu'ils ont besoin.

Jusqu'à maintenant, les problèmes financiers en sont encore au stade de l'étude. Un prix forfaitaire a été proposé, ce qui paraît être la solution la plus simple, mais qui n'est pas encore admise par les caisses-maladie, en ce qui concerne les soins de base.

Il est à souhaiter que le service des soins à domicile s'intensifie et s'étende à tous les secteurs de l'Hôpital, afin de les décharger de malades pour qui un séjour en milieu hospitalier n'est pas absolument nécessaire.

Pour que ce travail soit mené à bien, il serait utile que des liaisons s'établissent entre toutes les institutions de la Santé publique pour le bien de tous.

Un groupe de travail (trois Koalas, 6^e sem., et deux Hippocampes, 3^e sem.)

« J'ai beaucoup apprécié ... le contact très personnel avec le malade, par le fait qu'il est seul avec nous d'une part, d'autre part par la connaissance de son milieu à lui, de son ambiance de vie. C'est lui qui nous reçoit, et non pas nous qui le traitons parmi quinze autres. »

Un Goéland (4^e sem.)

Echos de la Journée Ecole du 29 janvier 1977

(Paru dans le Goutte-à-Goutte n° 2 de 1977)

Trois sujets importants ont été abordés:

L'un, présenté par Mademoiselle Wavre, situait l'évolution de l'Ecole avec le nouveau programme, ainsi que le programme de la section infirmières-assistantes.

La publication de la description du "nouveau" programme d'étude des soins généraux donne un reflet plus précis de ce que Mademoiselle Wavre a dit. Cependant, ce papier ne laisse pas transparaître ce qu'il a fallu de réflexion, de travail, de participation et d'énergie pour mettre sur pied un "nouveau" programme. Mais... c'est permis d'imaginer ! D'autre part, les premiers élèves "nouvelle formule" sortiront cet automne. Ils se nomment "Les Chardons" et représentent... les résultats de toute cette gestation...

C'est une lourde responsabilité. Nous penserons beaucoup aux enseignants et aux élèves cette année... Une amicale, c'est pour ça... Non ?

Section soins généraux

DESCRIPTION DU PROGRAMME D'ÉTUDES

I. BUT GÉNÉRAL

Le but général du programme est l'apprentissage des *soins infirmiers* au sens large du terme. Il prépare la future infirmière à prendre la responsabilité d'une unité de soins (cf. options fondamentales).

II. PRINCIPES ET MÉTHODES

L'enseignement est entièrement basé sur des objectifs servant à

- établir la matière à enseigner,
- choisir les méthodes et les moyens d'enseignement,
- procéder à l'évaluation-progression et à l'évaluation-sélection des élèves.

Le programme est divisé en *12 unités d'enseignement*. Chaque unité aborde un aspect des soins infirmiers, exploitant l'acquis précédent et posant des bases pour la suite de la formation.

Dans ce programme, l'accent est mis sur les points suivants:

Etude de l'être humain du point de vue de ses diverses fonctions

De cette manière, les élèves étudient l'être humain du point de vue biologique, psychologique et socio-culturel.

Etude des soins infirmiers

Il s'agit de l'acquisition de connaissances, gestes et attitudes professionnels, permettant une approche globale de la personne soignée. Les notions de santé publique et de santé mentale sont intégrées aux soins.

Prise de responsabilités de manière progressive

Au début des études, les élèves sont responsables d'un malade, puis d'un petit groupe de malades, pour prendre en charge à la fin de leurs études une unité de soins (9 à 12 malades) et être responsables d'une petite équipe.

Intégration des connaissances théoriques à l'expérience pratique

Dès le début des études, à raison de quelques heures par semaine, les élèves vont mettre en pratique auprès des malades les soins appris à l'Ecole. Par la suite, chaque unité du programme est centrée sur un aspect des soins infirmiers, les connaissances étant acquises conjointement à l'expérience pratique et, dans la mesure du possible, en exploitant les situations vécues.

Intégration progressive des élèves dans les équipes de soins

Pendant le premier semestre, les élèves font des expériences itératives et dirigées dans les milieux intra- et extra-hospitaliers, sous la responsabilité de l'Ecole. Au fur et à mesure du déroulement des unités d'enseignement, les élèves accomplissent des stages spécifiques et s'intègrent progressivement aux équipes de soins.

Les principes pédagogiques visent au développement de la personne (cf. conception de l'enseignement).

Les méthodes utilisées permettent

- une continuité dans l'enseignement, utilisation de l'acquis, exploitation des situations vécues,
- un entraînement des élèves, par de nombreuses possibilités de travaux en groupe, au travail en équipe,
- un développement de la recherche personnelle, de l'autonomie et de la capacité d'expression,
- un développement de la capacité d'évaluer une situation et de prendre des décisions.

Réalisation

Un groupe d'enseignants prend en charge une classe pendant la durée d'une année scolaire ou d'une unité. La proportion entre le nombre des enseignants et celui des élèves peut varier selon les étapes du programme.

III. DÉROULEMENT DES ÉTUDES

Premier semestre :

Unité 1 3 semaines

Introduction aux soins infirmiers, profession de santé Introduction à diverses méthodes de travail

Unité 2 répartie sur les unités 1 et 3

Sciences de base

- calcul médical
- pharmacie
- notions de chimie nécessaires à la compréhension de la physiologie

Unité 3 20 semaines

Etude des principales fonctions de l'être humain (fonction de construction et de protection, de respiration, de locomotion, de nutrition, d'élimination, de commande et régulations)

L'étude de chacune de ces fonctions comprend l'anatomie et la physiologie, l'observation des signes d'une fonction normale et perturbée, l'application des soins visant au maintien ou au rétablissement de la fonction, les implications psychologiques et sociales de la fonction et des soins.

Deuxième semestre :

Unité 4 7 semaines

Soins infirmiers hospitaliers (1ère partie)

Travail pratique à temps partiel ayant pour but d'appliquer les soins appris à des malades hospitalisés.

Poursuite de l'enseignement de l'unité 3 et enseignement clinique en groupe.

Unité 5 11 semaines

Soins infirmiers en santé publique

Soins infirmiers en santé mentale

Sensibilisation des élèves à ces deux aspects primordiaux de la santé et des soins infirmiers en vue de donner des soins complets. L'enseignement a lieu en stage et à l'Ecole.

Unité 6 4 semaines

Soins infirmiers hospitaliers (2e partie)

Travail pratique à plein temps. Cette deuxième partie du stage des soins infirmiers hospitaliers permet d'ajouter, dans les soins hospitaliers, les acquisitions faites dans les domaines de la santé publique et de la santé mentale et de s'entraîner au travail d'équipe.

Troisième semestre :

Unité 7 22 semaines (dont 18 semaines de stage)

Notions de pathologie générale

Sexualité et fonction de reproduction

Soins infirmiers en obstétrique et gynécologie/ ou urologie

Soins infirmiers en pédiatrie

Cette unité permet aux élèves d'acquérir les connaissances de base pour soigner la mère et l'enfant et les patients atteints d'affections des organes reproducteurs, dans l'optique d'une approche globale de l'être humain à tous les âges de la vie, en tant qu'individu, membre d'une famille et d'une collectivité. Cette unité permet d'aborder avec les élèves les questions touchant à la natalité et à la santé de la famille.

Quatrième semestre :

Unité 8 26 semaines (dont 24 semaines de stage)

Soins infirmiers en chirurgie et en médecine

L'enseignement donné dans cette unité permet aux élèves d'assumer les soins d'un groupe de malades hospitalisés en médecine et en chirurgie.

Cinquième semestre :

Unité 9 11 semaines (dont 10 semaines de stage)

Soins infirmiers dans un service de soins intensifs

L'enseignement donné permet aux élèves de donner des soins à un malade en situation d'urgence et de maîtriser les soins complexes les plus fréquemment rencontrés dans les services de soins intensifs. L'élève prend en charge un à deux malades sous la surveillance d'une infirmière diplômée.

Unité 10 3 semaines

Observation des soins infirmiers

- en salle d'opération

- aux urgences de chirurgie

- à la police sanitaire

- en anesthésie

Cette unité permet aux élèves de mieux comprendre les mécanismes liés aux stress, d'observer les soins infirmiers dans les services concernés par cette unité, ainsi que les différentes phases par lesquelles passe le patient hospitalisé en urgence et opéré.

Unité 11 8 semaines (dont 7 semaines de stage)

Soins infirmiers dans un service spécialisé

Cette unité permet aux élèves d'approfondir un domaine de soins infirmiers dans un service spécialisé choisi par eux. En outre, un enseignement de méthodologie est donné pendant cette unité.

Sixième semestre :

Unité 12 23 semaines (dont 3 semaines de cours)

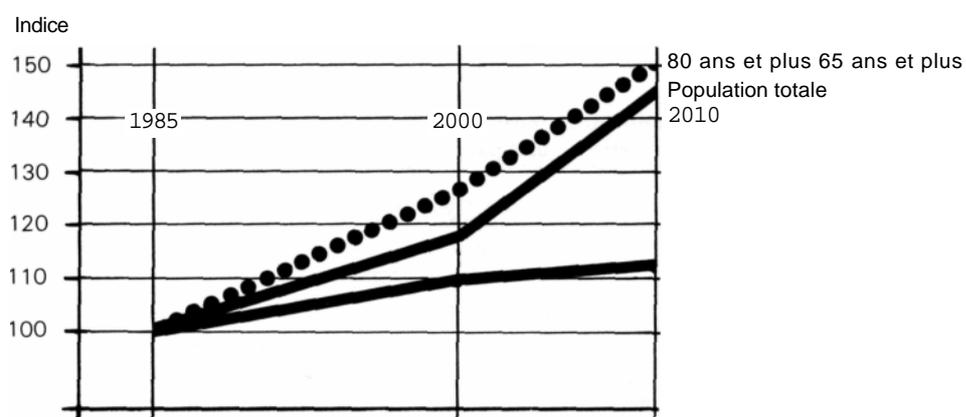
Entraînement au rôle de responsable d'unité de soins (6 à 12 malades)

Cette unité est essentiellement centrée sur l'intégration de ce qui a été appris dans les semestres précédents. Elle permet un entraînement à la prise de responsabilités d'un groupe de malades et d'une équipe.

Pendant l'unité, l'élève rédige un travail de diplôme dont le but général est d'approfondir un domaine des soins infirmiers ou de la santé dans un travail d'analyse et de synthèse. Les études sont sanctionnées par un examen permettant d'évaluer les aptitudes professionnelles.

Etendre l'action médico-sociale à domicile (paru dans le Goutte-à-Goutte n° 1 de 1987)

Perspectives d'évolution de la population résidente vaudoise pour l'an 2000 et 2010



| | | | | |
|----------|-----|-----|-----|-------------------|
| Effectif | 535 | 585 | 605 | Population totale |
| en | 80 | 95 | 115 | 65 ans et plus |
| milliers | 20 | 25 | 30 | 80 ans et plus |

En 2010, la population résidente du canton de Vaud comptera environ 11 5'000 personnes âgées de 65 ans et plus, soit près de 20% de la population. Les personnes âgées de 80 ans et plus seront alors 30'000 et leur nombre aura augmenté de 50% en 25 ans.

L'expérience-pilote de renforcement de l'action médico-sociale à domicile (EXPI) et son évaluation sont maintenant terminées. Le Conseil d'Etat s'est déclaré favorable à une généralisation du renforcement de l'action médico-sociale à l'ensemble du canton et le Grand Conseil en débattira dans une prochaine session. Le 30 septembre, lors de la journée de clôture de l'EXPI, M. le conseiller d'Etat Philippe Pidoux a déclaré sans ambage: «... nous n'avons pas de politique de rechange, nous sommes condamnés à réussir l'extension des soins à domicile ...».

Cette obligation de réussir découle de deux constats: d'une part les coûts de la santé ne cessent d'augmenter et il convient de les maîtriser, d'autre part le nombre de personnes âgées va également continuer de croître et l'on sait que les plus âgées d'entre elles occasionnent des frais importants notamment dès qu'il faut les placer en institution. Le maintien à domicile peut donc être une source d'économies relatives.

Pourquoi poursuivre?

L'évaluation de l'expérience-pilote¹ a notamment permis de mettre en évidence que:

- Un tiers des bénéficiaires d'une aide à domicile sont âgés de 65 à 79 ans et un tiers encore de plus de 80 ans, alors que ces groupes d'âges ne représentent qu'environ 10 % et 5 % de la population résidente.
- Les personnes âgées dépendantes expriment souvent très clairement leur préférence à rester chez elles plutôt que d'entrer dans une institution.
- Le maintien à domicile est moins onéreux d'environ 30 % qu'un placement en institution.
- L'apport de prestations à domicile permet d'éviter ou de retarder un placement dans 25 % à 35 % des cas.
- Les prestations traditionnelles que sont, à domicile, les visites d'infirmières, les repas, l'aide aux tâches ménagères interviennent entre elles ou à d'autres types de prestations - dans près de 90 % des prises en charge et pratiquement chaque fois qu'un placement peut être évité.

Avec quelles prestations?

Si les soins infirmiers, les repas à domicile et l'aide au ménage restent les piliers de l'action à domicile, l'expérience a clairement montré l'importance d'autres prestations telles l'ergothérapie, la pédicure, la physiothérapie, la fourniture de systèmes d'alarme, la psychiatrie ambulatoire, l'aide des assistants sociaux et l'indispensable intervention des médecins. De plus, l'action à domicile doit pouvoir s'appuyer sur des structures ouvertes complémentaires, telles les unités d'accueil temporaire (UAT) rattachées à des établissements médico-sociaux (EMS), les courts séjours en EMS et à l'hôpital. Ces possibilités de placement ponctuels sont indispensables pour soulager l'entourage du bénéficiaire et faire face à des phases aiguës de dépendance.

En coordonnant...

Par ailleurs, une prise en charge doit être coordonnée pour s'adapter aux situations individuelles, c'est-à-dire tenir compte aussi bien des possibilités que des handicaps du bénéficiaire. Cette diversité des modes de prise en charge répond aussi à des inégalités face au problème de la dépendance : inégalité des ressources matérielles, physiques et psychiques, inégalité dans le potentiel d'aide autour des bénéficiaires.

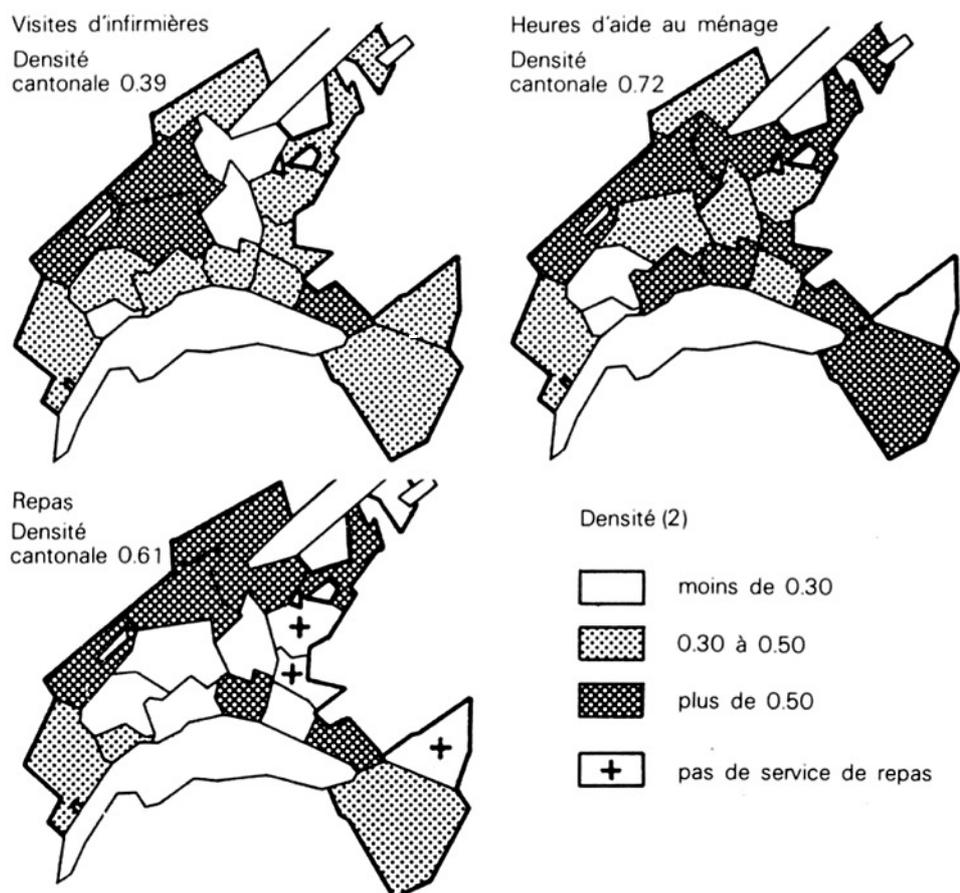
Le renforcement de l'action médico-sociale à domicile devrait donc généraliser l'accès aux divers types de prestations citées ci-dessus en mettant progressivement en place des équipes pluridisciplinaires chargées de l'évaluation des situations individuelles et de la coordination de la prise en charge; ceci dans le cadre de projets régionaux qui respectent à la fois le découpage du canton en zones sanitaires, les besoins et les infrastructures des communes concernées.

¹Les rapports d'évaluation de cette expérience sont disponibles au SCRIS.

La situation actuelle en bref

Les «soins à domicile» sont déjà développés dans le canton de Vaud, notamment grâce à l'Organisme médico-social vaudois (OMSV) et le Centre lausannois des soins à domicile (CLSAD) qui fournissent des prestations de soins infirmiers ; le cartel vaudois d'aide à la famille, les aides au foyer de Pro Senec-tute et les auxiliaires de santé de la Croix-Rouge qui proposent une aide aux tâches ménagères et des soins d'hygiène; divers services qui livrent des repas à domicile. Ces associations, qui jouent un rôle important dans le maintien à domicile, déploient chacune leur activité de manière distincte sur le territoire cantonal. L'activité est mesurée ici en visites pour les soins infirmiers, en heures pour l'aide au ménage et en repas.

Densités² d'intervention pour les VISITES d'infirmières, les HEURES d'aide au ménage et soins d'hygiène et les REPAS, dans les districts en 1984.



²Ces densités représentent une estimation du nombre annuel moyen de visites d'infirmières, d'heures d'aide au ménage et de repas, par personne vivant en ménage privé.

Volume d'activité à domicile dans le canton en 1984

| | |
|------------------|-----------------|
| Soins infirmiers | 200'000 visites |
| Aide au ménage | 370'000 heures |
| Repas | 320'000 repas |

Pour permettre quelques comparaisons, nous avons distribué chaque activité selon un découpage commun, le district. Il va de soi que les chiffres qui découlent de cette répartition spatiale sont des estimations dont le principal intérêt est de relativiser la situation des districts, en termes de densité d'intervention.

Si ces densités varient beaucoup d'un district à l'autre - dans un rapport de 1 à 7,5 par exemple pour les visites d'infirmières entre la Vallée et Yverdon - elles varient encore plus d'un groupe d'âge à l'autre.

Densité¹ de trois types d'intervention selon trois groupes d'âges pour l'ensemble du canton en 1984

| Age | jusqu'à 65 ans | de 65 à 79 ans | 80 ans et plus |
|---------|----------------|----------------|----------------|
| Visites | 0,05 | 1,83 | 4,11 |
| Heures | 0,14 | 2,59 | 9,25 |
| Repas | 0,07 | 2,20 | 9,39 |

¹Ces densités représentent une estimation du nombre annuel moyen de visites d'infirmières, d'heures d'aide au ménage et de repas, par groupes d'âges pour des personnes vivant en ménage privé.

Les personnes âgées de 80 ans et plus, si elles ne représentent qu'environ 4 % de la population résidante mais près de 35 % de la population bénéficiant d'une aide à domicile, consomment environ 34 % des visites d'infirmières, 40 % des heures d'aide au ménage et 50 % des repas servis à domicile.

Les trois types de prestations envisagées s'expriment dans des unités différentes (visites, heures, repas). Il n'est donc pas possible de les additionner simplement pour se faire une idée de la couverture globale des districts. Nous avons construit un indicateur synthétique permettant de classer les districts en trois groupes:

Densité d'intervention élevée:

Lausanne, Vevey, la Vallée - population: 250000 (47%)

Densité d'intervention moyenne:

Morges, Aubonne, Avenches, Cossonay, Yverdon, Grandson, Aigle, Payerne, Orbe - population: 178000 (33%)

Densité d'intervention basse:

Moudon, Echallens, Pays-d'Enhaut, Lavaux, Rolle, Oron, Nyon - population: 103000 (20%)

Les oubliés de la douleur (Paru dans le Goutte-à-Goutte N° 1 de 1997)

«La douleur ne se discute pas, elle est!» Cette phrase, entendue lors d'un cours il y a plus de 10 ans, illustre particulièrement bien la Journée de formation, organisée le 27 septembre dernier au CHUV par la Société Suisse de Médecine et Soins palliatifs (SSMSP).

La douleur existe, est à reconnaître, est à entendre, est à traiter, aussi et surtout chez ceux qui l'expriment différemment, peut-être moins «intelligiblement», selon nos critères habituels.

Ce sont eux, les enfants, les personnes âgées et les handicapés qui courent le risque d'être «oubliés» dans une douleur qui elle, ne les oublie pas...

Les moyens de la traiter existent, les opiacés font de moins en moins peur, ainsi que l'a souligné le pharmacien des Hôpitaux de l'Est Vaudois et en plus, le traitement est peu onéreux ...

Encore faut-il être capable, parmi l'abondance des informations que les soignants recherchent et reçoivent, d'interpréter les indices de souffrance, de laisser au patient l'espace suffisant pour qu'il puisse l'exprimer à sa manière et... être entendu et traité en conséquence!

Toutes les interventions de cette journée ont été passionnantes, intenses, émouvantes et allaient dans le même sens: chacun soulignait la nécessité d'une collaboration de tous les instants entre les professionnels, bien sûr, mais surtout disait sa conviction

que les principaux collaborateurs des soignants sont la personne souffrante elle-même et ses proches. A plusieurs reprises, le mot «humilité» a été prononcé, cette humilité qui permet d'aborder les situations de manière totalement ouverte, en restituant à chacun sa réelle compétence:

- ouverture qui permet de faire confiance à un adolescent de 14 ans et de lui laisser, après informations, le choix du mode et du rythme d'administration de son traitement antalgique: l'expérience fut totalement positive, tant du point de vue de la relation que du succès du traitement;

- ouverture qui fait accepter de croire le patient, pour ne pas sous-estimer sa douleur: des grilles d'évaluation de la douleur tenant compte des particularités d'expression des patients concernés voient peu à peu le jour, qui permettent de mieux cibler les observations et objectiver la douleur. Néanmoins, même si c'est un vieillard un peu désorienté ou un handicapé, il ne faut pas perdre de vue que la personne concernée sait mieux que quiconque si elle a mal et comment... A ce titre, l'intervention émouvante d'une jeune femme IMC a été particulièrement évocatrice: elle a dû elle-même, pour son confort et au prix d'un gros effort, retirer des coussins de sa nouvelle chaise, car personne ne voulait l'écouter lorsqu'elle exprimait sa douleur;

- ouverture qui engage à ne pas rester dans des certitudes, mais à observer et écouter sans relâche, en particulier chez les personnes ne pouvant s'exprimer verbalement, où le moindre signe inhabituel peut évoquer une douleur et qui engage aussi à réagir et à lutter pour que ces douleurs là soient entendues et prises en compte par tous les soignants concernés.

- ouverture qui favorise l'échange avec la famille, l'entourage: la richesse des observations qu'ils peuvent faire est précieuse; étant les plus proches du patient qui souffre, ils sont également le mieux à même de décoder et d'interpréter les signes de douleur. Vivre au quotidien la douleur d'un proche est particulièrement difficile, plus

encore lorsqu'il s'agit d'un enfant; néanmoins, la prise en charge d'une fin de vie à domicile est un bienfait: revenir dans un milieu familial, entourés des siens, contribue à diminuer angoisse et douleur aussi, mais cela reste très lourd en raison des infrastructures souvent insuffisantes.

Un témoignage extrêmement touchant d'une maman qui a choisi d'accompagner à domicile les dernières semaines de son petit garçon de cinq ans, a permis de mesurer tous les bouleversements que ce choix occasionnait dans la famille et toute l'importance qu'a pris la présence de soignantes attentives, disponibles, compréhensives et sachant en même temps reconnaître à cette famille ses compétences dans l'accompagnement, l'observation, les soins... Cette journée a été intense et d'une très grande richesse. Vous l'avez lu dans ou entre ces lignes, les mots clés des interventions ont été observation, écoute, compétence, refus de la routine, respect, engagement, amour... pour qu'enfin on «n'oublie» plus ceux qui disent leur douleur autrement.

Josy Heusch-Salvi

(paru dans le n° 3 de 1997)

Chers lecteurs du *Goutte-à-Goutte*, Comme vous l'avez appris dans le dernier numéro, j'ai été élu au comité de l'Association de Chantepierre lors de l'Assemblée générale du 24 avril 1997. Je profite de ces quelques lignes pour me présenter.

Mon parcours professionnel est assez particulier; en effet, après une scolarité en primaire-supérieure, j'ai effectué un apprentissage de dessinateur en bâtiment (4 ans). J'ai exercé cette profession de 1991 à 1992. Pour des raisons de récession économique, j'ai été licencié à la fin de l'année 1992. Refusant cette situation et désireux d'exercer une profession privilégiant le contact, la psychologie et l'aspect médical (que j'ai découvert lors de mon école de recrue comme sanitaire), j'ai décidé de changer d'orientation et d'entreprendre des études d'infirmier en soins généraux. Durant mon passage à Chantepierre, j'ai participé au Comité des élèves, à plusieurs revues, ainsi qu'à deux fêtes des jubilaires. Mon intérêt pour l'Association de Chantepierre vient du fait que je considère cette organisation comme étant un maillon essentiel, un repère pour les étudiants et les diplômés, un lien dans le temps avec notre formation.

J'espère apporter au comité ma motivation, mes idées et permettre ainsi à l'Association de progresser.

A part cela, j'ai 27 ans, je suis célibataire et je travaille en Radio-Oncologie au CHUV depuis décembre 1996. J'ai une passion



pour la photographie que je pratique durant mon temps libre et je suis président d'un orchestre symphonique (Bande-son).

En espérant vous avoir permis de me connaître un peu mieux, je vous remercie de votre confiance et vous souhaite un très bel automne (très photogénique).

Laurent GATTLEN

Le comité félicite Laurent Gattlen pour son élection et son engagement. Il se réjouit de sa participation aux diverses activités de l'Association.

Note de la rédaction :
Depuis lors, il est marié il a deux enfants, ... et il est toujours président de l'association !