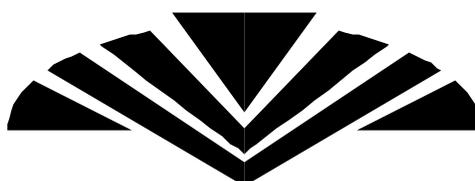

L'ECRIT

Service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) -
1008 Prilly-Lausanne

Numéro 20

Mai 1999



Société en mouvement, soins en mutation.

Ilario Rossi, anthropologue.

Présentation.

Le service des soins infirmiers qui poursuit depuis quelques temps un débroussaillage des paradigmes qui traversent son discours, a voulu se confronter au champ anthropologique dans son « mercredi infirmier » du mois d'avril 1999. Toutefois la mise en spectacle d'un discours anthropologique sur le pluralisme médical dans une institution qui véhicule des modèles orthodoxes de traitement, ainsi que son organisation autour d'un seul point de vue, celui d'Ilario Rossi, posent questions. Peut-on parler d'une seule voix du pluralisme, médical ou autre ? C'est dans cette impasse possible, dont nous portons la responsabilité et dont nous prions Ilario Rossi de nous excuser, que nous l'aurions mis si, par bonheur, il n'y avait pas eu dans la salle du colloque une pluralité infirmière significative. En effet des collègues de Nant, Bellevue, psychogériatrie et psychiatrie pénitentiaire avaient eu la bonne idée de répondre favorablement à notre invitation. Ainsi des modèles de soins très différents dans leurs théorisations et leurs pratiques, historiquement constitués dans des institutions particulières autorisaient l'anthropologue à tenir les propos qui en même temps qu'ils questionnaient chacun dans ses références, les légitimaient.

Que nos invités d'un jour en soient remerciés, sans la présence desquels, l'intérêt de l'exposé passionnant d'Ilario Rossi qu'il vous est donné de lire ici, aurait couru le risque de n'être qu'enluminures sur un discours bétonné des infirmiers du DUPA.

J. Pedroletti

N.B. : Suite au texte dense d'Ilario Rossi, nous vous faisons part du petit sondage auquel vous vous êtes gentiment prêtés concernant L'Ecrit.

Introduction

Parmi les mutations sociales et culturelles propres à notre époque, celle qui touche le monde des soins est une des plus porteuses d'interrogations et

d'innovations. En effet, le phénomène des migrations généralisées et l'existence d'un pluralisme médical, ici et ailleurs, donnent lieu à des réflexions fondamentales en matière de santé et de maladie: l'apparition de nouvelles dynamiques d'interaction entre les hommes et

entre les sociétés débouche sur une circulation de plus en plus intense des expériences et des savoirs, ainsi que des adaptations exigées par leur transposition d'un espace culturel à un autre. Cette problématique ne s'inscrit évidemment pas dans une perspective d'opposition entre des conceptions du réel et du corps, dont l'une serait plus vraie que les autres. Il s'agit plutôt d'une ouverture aux ambivalences que le corps contient en lui ainsi qu'aux soins que chaque culture produit. Ce n'est qu'à partir de ces présupposés que l'on peut comprendre la portée de l'expression "champ médical", propre à une société, à savoir l'ensemble de pratiques et de discours spécifiques liés au corps, à la santé et à la maladie, définis par chaque univers culturel et ses institutions sociales. L'hétérogénéité des soins, loin de s'estomper avec la modernité, y puise en effet une force toujours plus grande: indépendamment de tout jugement que l'on pourrait porter sur son efficacité, elle constitue le lieu toujours renouvelé d'une réponse pratique et d'une recherche de sens face au malheur.

Le contexte du pluralisme médical

De fait, toute altération de l'intégrité idéale du corps déclenche les ressources et les potentialités d'une société, voire d'une personne, à ouvrir à la prévention ou à l'évacuation de l'élément perturbateur. Le recours aux termes d'"intégrité idéale" permet ici de mettre en évidence la relativité de la notion de santé, et donc de maladie, car la gestion sociale de ces deux états présente

une grande hétérogénéité dans le temps et dans l'espace. L'art médical apparaît alors comme l'expression d'expériences et de connaissances multiples. Ces dernières sont soumises aujourd'hui à une interaction constante, qui dévoile des perméabilités, trace des lignes de démarcation, suscite des dynamiques d'acculturation parfois brutales, révèle des sens et des valeurs existentiels incompatibles. D'une manière générale, toute forme de soins doit être saisie à travers les particularités de son inscription culturelle, de ses transformations et de ses adaptations, et plus précisément à travers les relations en mouvements permanents et mutations continues qui s'instaurent entre individus, collectivité et soins,

Ce sont justement les implications et les enjeux de cette pluralité d'expériences et de connaissances qui intéressent l'anthropologie médicale. Dans cette perspective, chaque soignant et chaque soigné sont des producteurs de savoirs et de pratiques spécifiques, qui agissent à la fois comme émetteurs et comme récepteurs de ce pluralisme. De fait, la nouvelle logique socio-culturelle, et en même temps économique, de l'offre et de la demande de soins, place le patient et son choix au centre de la problématique du pluralisme médical, en lui permettant des comparaisons, des confrontations et des utilisations variées. Or l'addition de ces points de vue personnels et spécifiques débouche sur une perception de soins globalement modifiée au niveau social, et met en relief la manière dont les logiques de production et de distribution s'articulent dans le cadre de relations soignantes

plurielles. Par cette dynamique, le champ des soins substitue une conception plurielle de la thérapie à une représentation singulière du corps, de la maladie et de la santé. En effet, en faisant éclater l'unicité de la médecine universitaire, ces représentations plurielles opposent au corps biologisé, universalisé et objectivé par le savoir médical la singularité et la relativité de l'être humain.

A la fois autonome et diversifié, le monde contemporain des soins est le champ social où s'imbriquent la science et la morale, l'économique et l'humanitaire, le droit et la charité, voir le public et le privé, l'identité et l'altérité, et c'est sans doute la raison de l'intérêt que lui porte tant de disciplines, de soignants et de patients. La médecine et toutes autres formes de thérapies ne sont plus perçues, en conséquence, comme des activités réservées à des spécialistes: la santé est l'affaire de la cité, de toutes les parties concernées. Cette cohabitation est surtout rendue nécessaire lorsqu'il est question de tenir compte des relations spécifiques que chaque individu entretient avec sa souffrance physique et mentale, dont la logique ne peut être appréhendée qu'à travers la reconstitution de son parcours biographique, les trames sociales dans lesquelles il est inscrit, les épisodes douloureux qu'il a traversés, les relations qu'il a créés bref tout ce qui a trait à la dignité et à la recherche de sens et de valeurs face au malheur de chacun. L'expression du pluralisme médical et son émergence sont ainsi liées à la rencontre d'une multitude hétérogène de regards autour de la santé et de la maladie et à une pluralité de "dire" et de "faire" face au

corps; patients et soignants de tous bords contribuent ainsi à alimenter en permanence la matrice des représentations et des pratiques des soins de notre société. L'actuelle pluralité des médecines en Occident renvoie ainsi à la complexité qui l'a forgée.

Les mouvances de la société

Le phénomène actuellement réactivé du pluralisme médical s'est structuré autour d'une dualité opposant médecine orthodoxe — visant, essentiellement autour d'un paradigme scientifique, à l'objectivation de la maladie et de la relation — et médecines complémentaires (systèmes et techniques autres) — privilégiant, dans leur ensemble, une approche centrée sur la personne et ses ressources. Cette pluralité thérapeutique a engendré, en Occident, un débat fortement polarisé, opposant deux conceptions de la pratique médicale. Les réactions extrêmes — d'adulation ou de dénigrement — dont chacune de ces positions peut être l'objet, soulignent la nécessité de réfléchir sur la nature de leurs différences pour mieux comprendre le jeu de leurs ressemblances. Car, au-delà des antagonismes qui les séparent au sujet de la formation professionnelle, des finalités thérapeutiques, des compétences reconnues, orthodoxie et hétérodoxie sont attachées l'une à l'autre par des liens indissolubles. Leur imbrication dans la consommation médicale des patients appelle à un renouvellement de l'approche des différentes pratiques.

La première, représentée par l'orthodoxie médicale, s'affirme comme une discipline empirique, fondée sur des compétences diagnostiques et thérapeutiques et recourant à la technologie, définie comme une application efficace de la science. Cette orthodoxie recouvre les pratiques soignantes qui sont juridiquement sanctionnées et qui constituent de ce fait un système institutionnel pluri-professionnel, organisé et légitimé socialement. Ses divers modèles d'approche somatiques et psychiatriques ont contribué à l'essor de ce que l'on nomme, en paraphrasant Skrabanek, l'«hygiénisme contemporain», phénomène dont la médicalisation progressive et la parcellisation de l'individu sont deux des aspects les plus parlants.

L'autre pôle regroupe les hétérodoxies médicales qui forment, dans leur ensemble, des réseaux différenciés et complémentaires auxquels correspondent des disciplines anciennes et nouvelles, dont la pratique combinée constitue le schéma de base d'une médecine holistique. Si nombre de ces approches doivent leur succès actuel aux dynamiques de la mondialisation, elles ne sont au fond que l'application moderne de principes qui sous-tendent les pratiques traditionnelles. Cette référence à des modèles "pré-scientifiques" procède directement de réactions "post-médicales". Elle reflète la crise que traverse actuellement la médecine scientifique en Occident et qui conduit tout acteur à rechercher aussi d'autres solutions possibles.

Tributaire d'un jugement de valeur puissant, la dénomination "hétérodoxies

médicales" esquisse pourtant des visions différenciées, que l'on pourrait cerner au moyen d'une typologie distinguant, comme on l'a vu, trois lignes d'approches: parallèles, populaires et traditionnelles.

Les médecines parallèles sont issues de notre civilisation occidentale et se présentent comme des phénomènes de réaction post-médicales. L'homéopathie, avec notamment l'étiopathie, l'ostéopathie, la chiropraxie, la phytothérapie, la médecine anthroposophique, la neuralthérapie, l'acupuncture, la sophrologie, l'hypnose, et toutes les techniques de la naturopathie, sont des réponses soignantes plurielles à la médecine scientifique. Si chacune d'elles repose sur une histoire et des systèmes de formation bien distincts, un même besoin de reconnaissance sociale, institutionnelle et juridique les anime. Elles dévoilent ainsi une tendance commune à se légitimer selon les critères développés par l'orthodoxie médicale. Cela n'a rien d'étonnant: il suffit de se référer au nombre de ses représentants et de ses praticiens issus directement de la corporation médicale.

Les médecines populaires, en revanche, représentées par les rebouteux, magnétiseurs, faiseurs de secret, ne reposent sur aucune élaboration théorique ni aucune stratégie de légitimation. Elles s'appuient essentiellement sur la croyance et la foi de leurs usagers dans le "sacré". L'intention et l'intuition restent en effet les instruments privilégiés de leur action, ce qui leur vaut d'être qualifiées de savoirs pré-médicaux.

Les médecines traditionnelles extra-occidentales, quant à elles, du fait de leur

portée philosophique, religieuse et sociale, ne constituent pas des disciplines autonomes. Elles voient dans le corps l'instance qui relie toutes les composantes de l'être, considèrent que la vie et la mort, ainsi que la santé et la maladie, appartiennent à un même continuum et font de certaines règles d'existence et de prévention les atouts suprêmes de la santé. Elle relève d'un imaginaire qui place le monde sous le signe de la totalité et réduit ses aspects innombrables à quelques principes philosophiques fondamentaux. Cette façon de penser repose sur un système de relations constantes entre plusieurs éléments indissociables, au sein duquel le rapport santé-maladie occupe une place centrale. Dans cette optique, la maladie ne résulte pas de l'apparition de symptômes spécifiques, mais se définit elle-même comme le symptôme d'un rapport compromis avec le monde. L'existence étant conçue à travers des éléments communs au monde matériel et aux êtres vivants la logique qui en découle met en scène un réseau d'analogies, fondé principalement sur les correspondances entre le macrocosme qu'est le monde et le microcosme qu'est le corps humain. Cette perception s'exprime également dans des processus d'échanges qui mettent en constante communication les vivants et les morts, et qui se manifestent à travers des typologies nosographiques souvent influencées par des divinités ou des ancêtres. Toute pathologie engendre ainsi une modification du sens des conduites existentielles qui se répercute à plusieurs niveaux et influence les conduites individuelles et collectives. Les relations

sociales, qui vont du noyau familial à l'ensemble de la collectivité, font par conséquent partie intégrante du cadre de référence qui fournit les bases de l'interprétation de la maladie et les indices de toute guérison.

Les mutations des soins

Dans ce contexte, le regard anthropologique permet le passage du global au particulier tout en mettant en perspective deux champs de savoirs et de pratiques: ceux des patients et ceux des professionnels de la santé. Cette approche se doit de privilégier, dans la construction de son discours, les liens manifestes et latents entre individus et réseaux pluriels de soins en tenant compte du fait que la culture médicale - d'une société, d'un groupe, d'une congrégation professionnelle, d'un savoir ou d'un individu - se définit par rapport à toutes pratiques porteuses de sens dans le soulagement des souffrances humaines et dans l'obtention de la guérison. Le pluralisme médical, ici et ailleurs, renvoie ainsi à une reconnaissance d'autres visions du monde et d'autres recherches conscientes d'un meilleur état de santé, qui se traduisent en concepts médicaux distincts, autant par leur niveaux d'analyse que par les résultats recherchés.

En Occident, chaque soignant et chaque soigné deviennent de fait des producteurs de savoirs et de pratiques, des faiseurs de "sens" et d'efficacité spécifiques, qui agissent toujours dans un contexte qui les voit à la fois en position centrifuge et centripète. Ce renouvellement de la construction sociale et culturelle de la santé et de la maladie

transforme chacun d'entre nous en co-acteurs, voire co-auteurs, d'un devenir social caractérisé par une pluralité de modes de concevoir et de pratiquer la santé. Pour tous les professionnels des soins, il est donc urgent de dépasser la tension entre les différents pôles pour se pencher sur ce qui constitue au fond le seul lieu de réflexion heuristique, les patients, leur vécu et leurs besoins.

L'explosion des pratiques de soins peut en effet être interprétée comme une réaction d'une partie de la population à l'évolution de la médecine scientifique, à ses actuelles frontières dans la manipulation du corps et des êtres humains; mais, en même temps, elle est aussi une réponse aux dissonances cognitives et existentielles des individus face aux "pouvoirs" politico-financiers liés à la santé, traduction d'une réflexion souterraine menée, dans la société civile sur la nocivité de l'autorité à sens unique en matière de santé et maladie. Et pour cause. En effet, l'adaptation continue des individus à l'évolution de modes de vie imposés par le fonctionnement de notre société - performance, rupture du contrat social, désagrégation des réseaux collectifs de solidarité, valorisation et exclusion, etc. - met en relief l'émergence du sujet comme seul dépositaire de ses propres repères et seul gestionnaire pour construire et légitimer son existence. A cet éclatement correspond, entre autres changements, une nouvelle "conscience sanitaire" d'une partie de la population, qui porte une attention croissante à la santé. Cela se traduit par la certitude au droit de la santé et, surtout, par la recherche

d'interlocuteurs capables d'activer des rapports personnalisés dans toute consultation thérapeutique.

Dans ce contexte, la place occupée en Occident par la santé présente aujourd'hui des connotations nouvelles. Devenue valeur suprême, synonyme de statut social, de performance, d'idéal, la santé dessine un espace de définition où convergent des spécificités, des croyances et des trajectoires individuelles; de même, l'augmentation des maladies dites "de civilisation" - troubles psychosomatiques, troubles d'adaptation, dépressions, affaiblissement du système immunitaire, maladies dégénératives, etc. - sont souvent l'effet d'un rapport tendu et tordu entre individu et milieu social. Dès lors la santé et la maladie sont indissociablement reliées au vécu des sujets, à leurs perceptions, à leurs représentations, à leurs pratiques, ce qui fait éclater les normes qui les définissent en une mosaïque d'expressions multiples, reflet d'une réalité protéiforme.

La recherche d'autres méthodes de prise en charge par les patients constitue ainsi une réponse sociale spontanée, un mécanisme d'autorégulation des usagers face aux standards cliniques de la normalité, ce qui pose la question de la reconnaissance d'une complémentarité dans le monde des soins. Le cheminement des patients et la pluralité de l'offre confirment ce constat: à travers les itinéraires thérapeutiques multiples et les soins pluriels se dessine une culture médicale et une communication sociale qui ne cessent de se former et de se transformer à travers les relations qui les définissent. Il

deviendrait alors nécessaire de reconsidérer la conception de la santé, son assimilation au bonheur, à défaut de la perte de la foi et du déclin de l'espérance dans l'avenir, et qui induit, pour toutes les médecines, une même logique de surconsommation. Il est ainsi nécessaire de promouvoir des rapports coopératifs et de concertation entre tous ces protagonistes, patients et soignants de tous bords, chercheurs en plusieurs disciplines, politiciens et administrateurs. Une réflexion structurée autour de la complémentarité des connaissances et des expériences qui nourrissent le pluralisme médical et des trajectoires thérapeutiques qu'il recouvre, est nécessaire pour en comprendre les enjeux. C'est là un des défis que la politique suisse a promu et induit avec l'entrée en vigueur des modifications de la LaMal et des assurances maladies. Dans cette perspective, le développement de regards réciproques et la stimulation d'un processus co-évolutif pourraient amener à l'essor d'un dialogue fécond, reposant sur une nouvelle ouverture pour la médecine scientifique, et sur une rigueur de pensée et de méthode pour les médecines complémentaires. L'exigence de rattacher l'observation et l'élaboration scientifiques à la construction sociale de la santé devient ainsi un des impératifs de la progression scientifique. A ce titre, l'évaluation des médecines autres ne devrait pas se réduire, comme c'est le cas de nos jours, à la seule expérimentation scientifique, telle qu'elle est conçue dans le cadre de protocoles de la recherche scientifique; elle devrait bien plutôt faire l'objet d'une évaluation globale, qui puisse tenir compte

des dimensions économiques, juridiques, psychologiques, sociales, culturelles et médicales.

De plus, il n'est pas inutile de rappeler que l'expansion institutionnelle de la médecine occidentale est à la fois cause et conséquence d'une situation nouvelle, apparue dans le sillage des mouvements migratoires: l'internationalisation des maladies. La dissémination spatiale des pathologies, auparavant limitées ou circonscrites à des régions précises, nécessite désormais un effort de gestion et de contrôle considérable, et donne lieu à des enjeux sanitaires eux-mêmes étroitement liés à la progression rapide des connaissances et des techniques bio-médicales de ce dernier demi-siècle. Cette situation est porteuse de contradictions importantes, comme en témoigne l'avènement d'idéologies qui glorifient la médecine occidentale et en font, comme nous l'explique Dufresne, peut-être l'idéal suprême, la morale unanime de sociétés par ailleurs déchirées à tous égards quant aux conceptions de l'existence.

Sans oublier la situation dans l'hémisphère sud. Face au hiatus préoccupant et indigne de l'accès à la santé, toutes les ressources sanitaires de base, notamment dans les pays extra-occidentaux, sont à l'heure actuelle remises à l'honneur: cette stratégie internationale vise à combler les clivages que les différences économiques et sociales rendent toujours plus dramatiques. Appliquée aux quatre coins du monde, cette résolution, formalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé, tout en revalorisant les particularités régionales,

promeut pour la première fois une approche internationale et un plan d'action coordonné. Son programme s'articule en effet autour des cinq points suivants: le développement de programmes nationaux de santé publique, l'étude des différents systèmes de santé et de leur degré d'efficacité, l'élaboration d'expériences cliniques et scientifiques visant à démontrer l'efficacité des techniques et des remèdes endogènes, l'éducation et la formation, et enfin l'échange d'informations. Ce besoin de mieux comprendre et d'élargir le rayon d'action des pratiques sanitaires des cultures autres a ainsi conduit le regard occidental à relativiser la portée de la médecine scientifique. Ce décentrage a renouvelé l'approche qualitative des formes médicales hétérodoxes en l'axant sur la recherche consciente d'un meilleur état de santé.

Or, au-delà des connaissances médicales académiques orientées vers une objectivation médicale des phénomènes, il est nécessaire de s'ouvrir à des considérations d'un autre ordre, qui tiennent compte du vécu subjectif des patients et des soignants, de leurs besoins autonomes respectifs et de leur intégration dans le tissu des relations quotidiennes. Car ces aspects sociaux interviennent dans tous les processus pathologiques et inversement. C'est pourquoi la loi de l'offre et de la demande des soins obéit moins à l'affirmation d'un modèle, celui de la médecine institutionnalisée, qu'à la multiplicité de ses expressions potentielles.

Le pluralisme médical est alors, comme nous le dit Benoist, un agent de convergence qui dément par les actes les

discours d'exclusion. Il constitue ainsi un domaine social dans lequel se construit une nouvelle culture des soins; désormais le soignant est un passeur culturel, tandis que l'individu qui va de soin en soin ne pratique pas seulement une quête thérapeutique: « il est un pèlerin culturel, qui apprend en chemin des codes nouveaux. Modeste acteur des innovations, il s'approprie les fragments des mondes autres qui sont les matériaux d'un monde nouveau qu'il édifie par sa recherche tâtonnante du mieux-être ». Se modifie ainsi la logique de production et de distribution des soins et, dans les sociétés occidentales, ce mécanisme d'autorégulation sociale face aux standards cliniques de la normalité pose la question du statut culturel du corps, ainsi que de sa gestion par les différentes approches soignantes. L'éclatement qui se dessine ici débouche dès lors sur une complète dissociation du corps, de la santé et de maladie, de leurs contextes culturels respectifs.

La complexité du pluralisme médical dévoile ainsi des ambivalences majeures et montre aux professionnels de la santé que dans la vie quotidienne, pour chaque individu, les rationalités de références sont plurielles. En ce sens, les paroles que le philosophe Bachelard prononçait en 1940 déjà, restent encore actuelles et pertinentes: "il est bien entendu que deux théories peuvent appartenir à deux corps de rationalité différents et qu'elles peuvent s'opposer sur certains points en restant valides individuellement dans leur propre corps de rationalité". C'est là un des aspects du pluralisme rationnel qui ne peut être

obscur que pour les personnes qui s'obstinent à croire à un système de raison absolu et invariable. Les réalités multiples du corps, de la santé et de la maladie dans le temps et dans l'espace sont là pour nous le rappeler.

Lausanne, avril 1999.

Bibliographie indicative

- Baré Jean-François (sous la dir. de), *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*. Paris, Karthala, 1995.
- Benoist J. (sous la dir. de), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala, 1996
- Diezi J. (Réd. inv.), *Médecines plurielles*, CMS, 40/1, Genève, 1996

- Dufresne J./Dumont F./Martin Y. (sous la dir. de), *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, PUQ, 1989.

- Latour B., *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, Paris, La Découverte, 1991

- Le Breton D., *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF, 1990.

- Massé R., *Culture et santé publique*. Montréal, G. Morin ed., 1995.

- Rossi I., *Corps et chamanisme. Essai sur le pluralisme médical*. Paris, A. Colin, 1997.

Skrabanek P., *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.

Evaluation de L'Ecrit

QUESTIONNAIRE (rappel)

- 1 17 numéros parus. Combien en avez-vous lu?
0 - 5 6 - 10 11 - 17
- 2 A combien estimez vous le nombre de lecteurs de l'écrit, dans votre entourage professionnel?
0 - 5 6 - 10 11 - 20 > 20
- 3 Comment l'Ecrit est-il disponible dans votre institution?
exposé classé archivé distribué(photocopié)
- 4 Si l'on adoptait une formule d'abonnement, à combien estimeriez-vous le nombre de clients potentiels dans votre institution?
0 - 5 6 - 10 11 - 20 > 20
- 5 Le format de l'Ecrit vous paraît:

0	1	2	3	4	5

inapproprié approprié
- 6 l'Ecrit vous paraît intelligible:

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

jamais			toujours		

7 L'Écrit suscite une réflexion dans votre institution:

0	1	2	3	4	5
jamais			toujours		

8 Faites-nous part de vos remarques et suggestions au verso

Introduction

Le comité de rédaction qui avait pris l'initiative de questionner les lecteurs du bulletin des soins infirmiers du Dupa, remercie toutes celles et ceux qui lui ont répondu.

Si nous avons peu l'habitude de procéder ainsi et si la méthode est discutable, nous pouvons toutefois confirmer que L'Écrit reçoit un accueil attentionné de ses lecteurs occasionnels ou assidus. Nous nous devons de vous communiquer les résultats de cette petite enquête ainsi que nos réflexions à leur lecture.

Questions de méthode

Le déchiffrement des questionnaires nous a conduit à nous poser, à posteriori, quelques questions nées des difficultés à lire de façon claire les résultats. Nous vous les soumettons afin que vous ayez une meilleure appréciation de nos conclusions.

Lieux hétérogènes:

- DUPA: infirmiers,
autres professionnels
- Extérieur: bibliothèques, revues infirmières, institutions-sœurs,
Particuliers, etc.

Cela met en relief des intérêts très divergents à la lecture de ce bulletin, et donc renforce l'hétérogénéité des réponses.

Envoi non personnalisé des questionnaires (idem pour les réponses).

Pour exemple nous avons distribué quatre questionnaires par division dans le DUPA, et nous en avons envoyé cinq dans les institutions voisines. Même s'il était possible de dupliquer le questionnaire, le problème reste entier de la publicité qu'il a reçu dans des lieux aussi divers.

Diversité potentielle du lectorat:

- Infirmiers du DUPA,
- Elèves des écoles,
- Infirmier-chef des autres institutions,
- Rédacteur en chef des revues de soins infirmiers.
- Occasionnels, etc.

Cette richesse potentielle des lecteurs diversifie considérablement les attentes, les souhaits et les rend plus difficile à cibler.

Appréciation qualitative des remarques (item 8).

Leur intérêt est justement d'offrir un contrepoint aux tendances statistiques les plus lourdes. Si plusieurs insistent sur les encouragements à notre égard, d'autres mettent en question l'avis positif général et sont alors justement à prendre en compte. Toutefois la balance entre ces deux aspects reste difficile à faire.

Totaux incomplets

En effet si l'on fait la somme des pourcentages par item, il est rare que nous arrivions à 100%, la raison en est tout simplement que certaines réponses manquent dans certains questionnaires.

Quelques chiffres

Nous distribuons L'Écrit à environ 70 exemplaires par numéro.

Nous avons envoyé:

- 57 questionnaires pour les sections infirmières hospitalières et ambulatoires du DUPA

- 13 pour les autres professionnels du DUPA (cadres infirmiers, médecins, physiothérapeutes, pasteur.

- 40 pour les autres institutions du canton (Bellevue, Nant, Prangins, Perreux, Malévoz, Belle-Idée, clinique du Vallon, SMPP), les revues infirmières, les bibliothèques, et quelques particuliers habitués.

Quelques résultats.

Nous avons reçu 46 réponses soit 41% de tous les questionnaires envoyés.

- 7 questionnaires ne sont pas identifiés soit 15% des questionnaires reçus (46).

- 7 questionnaires nous reviennent de l'extérieur du DUPA soit 17% des questionnaires envoyés dans ces secteurs(40).

- 3 questionnaires ont été rempli par des collaborateurs non-infirmiers du DUPA soit 23% des questionnaires envoyés(13).

- 29 questionnaires reviennent des infirmiers soit 56% des questionnaires envoyés (57), mais seulement 26% de l'ensemble des infirmiers du DUPA.

Quelques questions

Nous en ciblons trois principales qui ne sont pas d'égale importance.

La première tient à la présentation. Si 88% acquiescent à son format, deux remarques soulignent son caractère peu esthétique. Quel choix de maquette devons nous opérer?

La seconde s'attache à son intelligibilité reconnue comme adéquate par 65% des réponses. Quel type d'effort devons nous faire pour améliorer ce pourcentage?

La troisième est plus difficile puisqu'elle porte sur l'item 4. Item que nous avons probablement mal formulé puisque les réponses et les remarques nous font penser qu'une partie des réponses porte sur l'idée de gratuité et l'autre sur l'idée de l'abonnement. Il est ainsi difficile de l'interpréter.

Quelques conclusions

L'ensemble des résultats et des remarques nous invitent à continuer cette publication quelle qu'en soit la gageure. La reconnaissance que nos lecteurs portent aux rédacteurs des articles de L'Écrit doit être soulignée.

Nous avons fait le choix d'améliorer notre maquette afin de la rendre plus attrayante, les propositions sont les bienvenues.

Nous ferons un effort auprès des rédacteurs afin que la lisibilité et l'intelligibilité de leurs textes intègrent le souci de clarté qu'ils doivent à leurs lecteurs.

Enfin et dans le cadre d'une double lecture de la question de l'abonnement, nous continuerons à envoyer L'Écrit selon les mêmes critères qu'auparavant mais nous adjoindrons à ce service la possibilité, à partir du mois de septembre 1999, d'un abonnement personnalisé dont la fonction est de fidéliser certains lecteurs même si la contrepartie est notre obligation de tenir une publication régulière. Ce sera aussi le signe d'un investissement plus singulier de certains

dans les débats que nous tentons d'animer et donc d'éventuelles collaborations qui pourraient enrichir L'Ecrit de points de vue que le seul service infirmier du DUPA ne peut produire.

PS. : Nous vous avons épargné l'exposé de tous les résultats chiffrés, ils sont

toutefois à la disposition de qui souhaiterait les recevoir.

Le comité de rédaction
de L'Ecrit: Regula Baumann, Jean-Michel
Kaision, Jérôme Pedroletti.