

**Mémoire de fin d'étude**

Soins infirmiers à domicile et pratiques  
traditionnelles et populaires de soins dans les  
régions jurassiennes et neuchâteloises

*" Reconnaître les pratiques traditionnelles et populaires de  
guérison de la clientèle, quel avantage pour les  
professionnels des services de soins infirmiers à  
domicile " ?*

Réalisé par : M. Vincent Merlotti, HES 03  
Sous la direction de : Mme Patricia Pham

août 2008

## **Remerciements**

Je tiens à remercier en premier lieu toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, participé au bon déroulement de mon travail de mémoire.

M. l'abbé G. Schindelholz dont l'ouvrage a été l'un des points de départ de mon intérêt pour le sujet et Mme Nathalie Fleury, directrice du Musée d'Art et d'Histoire jurassien, auteure d'un mémoire de licence à l'Université de Genève sur le thème de *la pratique du secret dans le Jura*, qui tous les deux m'ont permis de bénéficier de leurs connaissances en m'accordant d'importants moments de leur temps, durant lesquels nous avons pu échanger, partager, questionner, comparer, vérifier, la pertinence de mes interrogations en lien avec la problématique de recherche que j'avais choisie.

Je dois souligner que ce furent de précieux instants de partage, non seulement au niveau professionnel, mais également personnel et humain.

Je profite également de cet espace pour remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leurs avis et conseils, une fois mon travail validé, me permettant ainsi de présenter ce document, version corrigée (orthographe, syntaxe, références, annexes, etc..) de l'original, comme le veut l'usage.

Ensuite, merci à tous les spécialistes des soins en général, ainsi qu'aux professionnels infirmiers en particulier, qui ont répondu aux questionnaires et participé aux entretiens et qui de ce fait, ont directement ou indirectement contribué à la bonne conduite de ma démarche de recherche. Je pense encore aujourd'hui et tout particulièrement à une personne dont je ne citerai pas le nom ici, par souci du respect de l'anonymat et qui malgré son important travail en lien avec la pratique du secret dans le Jura a accepté de me recevoir et de participer activement à l'entrevue que je lui ai proposée et qu'elle a souhaitée confidentielle.

Encore des remerciements tout particuliers à l'ensemble de ma petite famille, particulièrement les enfants et ma compagne, qui ont su par leur présence, leur patience, leurs encouragements, leur participation et surtout leur compréhension, m'apporter le soutien nécessaire en pareille situation, durant toute cette période d'intense travail. De même, si par inadvertance, j'avais omis de spécifier comme tels, quelques propos de référence, je profite ici de remercier les personnes intéressées de bien m'en excuser.

Enfin, un ultime merci s'adresse à mes ancien (enne) s camarades de classe que j'ai sollicités, soit en lien avec la phase de test de mon questionnaire de recherche, soit pour le temps que nous avons consacré à deviser et discuter nos différents travaux, leur élaboration, leur développement, leur finalité... et aux riches échanges que nous avons eus tout au long de notre quatrième année d'étude qui a vu l'aboutissement du cursus de formation HES/SO en soins infirmiers, souligné par le travail de mémoire de fin d'études, sans omettre bien entendu Mme P. Pham, ma directrice de mémoire.

## **Table des matières**

Remerciements	(non paginés)
Table des matières	(non paginée)

### **Préambule**

- Question de départ	1
- Plan du travail	2

## **Première partie**

### **1. Introduction**

1.1 Résumé	4
1.2 Présentation de la région	6
1.2.1 <i>Le Jura</i>	6
1.2.2 <i>Neuchâtel</i>	7
1.2.3 <i>Le Vallon de St Imier</i>	9

### **2. Questionnement**

2.1 Etat de la question	11
2.2 Les motivations	12
2.2.1 <i>Personnelles</i>	13
2.2.2 <i>Professionnelles</i>	13
2.3 Hypothèses et objectifs	14

## **Deuxième partie**

### **3. Définitions** (concepts choisis)

3.1 Sortilèges et sorcellerie	17
3.2 Croyances et Traditions	19
3.2.1 <i>Croyances et religion</i>	19
3.2.2 <i>Croyances et habitudes de vie</i>	20
3.3 Médecine officielle et médecine populaire	23
3.3.1 <i>Hygiène et soins populaires</i>	25
3.3.2 <i>Certaines pratiques traditionnelles de soins régionales</i>	29

3.4	Les soins infirmiers (historique)	35
3.4.1	<i>Les soins réguliers en Suisse</i>	37
3.4.2	<i>La réforme des soins infirmiers en Suisse</i>	37
3.5	La profession infirmière contemporaine	39
3.6	Le rôle infirmier	41
3.6.1	<i>Les services de soins à domicile</i>	43
3.6.2	<i>Le rôle infirmier à domicile</i>	44
3.7	La relation soignants/soignés	47

#### **4. Méthodologie**

4.1	Les étapes	51
4.2	Les éléments de l'enquête	52
4.2.1	<i>Le terrain</i>	52
4.2.2	<i>Les personnes interrogées</i>	53
4.3	Le questionnaire et les entretiens	54
4.3.1	<i>Le recueil des données</i>	57

### **Troisième partie**

#### **5. Présentation et discussion des résultats**

5.1	Les résultats	60
5.1.1	<i>Mots clés</i>	61
5.2	Liens avec les hypothèses et les objectifs	61
5.3	Discussion et analyse des résultats	67
5.3.1	<i>Mon positionnement face au questionnement de recherche</i>	73

#### **6. Conclusion**

6.1	Les bilans	75
6.1.1	<i>Personnel</i>	75
6.1.2	<i>Professionnel</i>	76
6.2	Critique de mon travail	78
6.2.1	<i>Limites et facilités dans la démarche</i>	79
6.3	Les éléments pouvant être utiles à la profession	81
6.3.1	<i>Possibilités d'élargissement de la problématique</i>	84

<b>Bibliographie</b>	86
----------------------	----

#### **Annexes**

(non paginées)



## Préambule

Soins populaires, Thérapies naturelles, Remèdes magiques, Croyances, Traditions de soins, Sorcellerie, Pratiques ancestrales de guérison.....

*« Les pratiques alternatives ou de bien-être sont tolérées, si elles sont sans danger et s'adressent à des personnes consentantes dûment informées de manière à exclure toute confusion avec les professions de la santé... Ces pratiques ne peuvent faire l'objet d'aucune publicité ».*<sup>1</sup>

Pour ma part, je constate qu'à ce jour et au sein des professions de la santé en général, les pratiques *traditionnelles et populaires parallèles (extramédicales)* ne sont pas véritablement reconnues et officiellement admises. En effet, non seulement une grande partie des professionnels soignants toutes spécialités confondues, mais dans une large mesure également, une majorité de responsables politiques et administratifs du domaine de la santé publique, refuse de prendre en considération tout ou partie de ces pratiques.

C'est une des raisons pour laquelle, j'ai décidé de traiter un volet de ce sujet pour mon travail de fin d'études.

### Question de départ

***Est' il pertinent que les professionnels des soins infirmiers à domicile, reconnaissent et prennent en compte les croyances et pratiques traditionnelles de soins de leur clientèle ?***

---

<sup>1</sup> Art. 52 de la loi valaisanne sur la santé publique, 1996

## Plan du travail

Remerciements et table des matières

### **Préambule**

- Question de départ
- Plan du travail

## Première partie

### **1. Introduction**

- Résumé, présentation de la région *Jura, Neuchâtel, Vallon de St Imier*

### **2. Questionnement**

- Etat de la question, Les motivations *personnelles et professionnelles*, les hypothèses et objectifs

## Deuxième partie

### **3. Définitions** (concepts choisis)

- Sortilèges et sorcellerie, croyances et traditions, médecine officielle et médecine populaire, *l'hygiène et les soins populaires*, les soins infirmiers (historique), la profession infirmière contemporaine, le rôle infirmier, *les services de soins à domicile, le rôle infirmier à domicile*, la relation soignants/soignés, nature de la relation

### **4. Méthodologie**

- Les étapes, les éléments de l'enquête, *le terrain, les personnes interrogées*, le questionnaire et les entretiens, *le recueil des données (grilles et graphiques)*

## Troisième partie

### **5. Présentation et discussion des résultats**

- Les résultats, *mots clés*, liens avec les hypothèses et les objectifs, discussion et analyse des résultats, *mon positionnement face au questionnement*

### **6. Conclusion**

- Les bilans, *personnel et professionnel*, la critique de mon travail, *limites et facilités dans la démarche*, les éléments pouvant être utiles à la profession, *possibilités d'élargissement de la problématique*

**Bibliographie** (en bas de page (selon écrits, lus, consultés ou identifiés), numérotée selon l'ordre d'apparition dans le texte et répertoriée en fin d'ouvrage par type et ordre alphabétique)

**Annexes** (notées dans l'ordre d'apparition dans le document)

Première partie

**S E C R E T S**  
**M E R V E I L L E U X**  
de la Magie Naturelle & Ca-  
balistique  
D U  
**P E T I T A L B E R T ,**  
*Traduit exactement sur l'Original.*  
*Latin, intitulé*  
**A L B E R T I P A R V I L U C H ,**  
Libellus de mirabilibus Naturæ  
Arcanis.  
Enrichi des Figures misterieuses, &  
la maniere de les faire.  
*Nouvelle Edition corrigée & augmentée.*



**A L I O N**  
Chez les Héritiers de B É R I N G O S Frères  
à l'Enseigne d'Agrippa.

---

**M. DCC. XXIX.**

*Fac-similé de l'édition du Petit Albert, publiée chez Béringos  
à Lyon en 1729.*



## 1. Introduction

### 1.1 Résumé

Je suis né en Ville de La Chaux-de-Fonds, capitale des Montagnes neuchâteloises et célèbre cité horlogère. Ensuite, j'ai habité successivement la ville de Neuchâtel, le Val-de-Ruz et le Val-de-Travers. Les principaux souvenirs de vie comme de vacances que je conserve encore aujourd'hui en mémoire de ma période d'enfance, ont été principalement marqués par les moments de détente passés en famille dans les verts pâturages de la région jurassienne. Il est vrai que j'ai déroulé le plus clair de mon chemin de vie dans cette vaste contrée que l'on appelle aujourd'hui plus communément l'Arc jurassien et qui comprend, outre le canton même du Jura, celui de Neuchâtel, le Jura bernois, ainsi que les parties hautes des cantons de Vaud et de Genève, pour se terminer par deux autres régions situées l'une au nord, en France voisine (la Vallée du Doubs et le territoire de Belfort) et la seconde à l'est, frontière avec l'Allemagne (le canton de Bâle).

De ce fait, j'ai depuis toujours été imprégné par la culture, les us et coutumes, les croyances, les traditions, les habitudes de vie et les pratiques populaires de cette belle région, complète à souhait, car à la fois sauvage et paisible, montagneuse, vallonnée et lacustre.

Pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études en soins infirmiers, mon souhait a été dès le départ de traiter le sujet des pratiques traditionnelles et populaires de soins mobilisées depuis bien longtemps par une population que je connaissais bien, celle de ma région d'origine, pour guérir *les maux dont elle souffrait*.

L'idée m'est alors venue de mettre en relation le domaine des pratiques traditionnelles et populaires de soins avec celui des soins infirmiers. En effet, tous les deux font partie du vaste concept de la santé des personnes, même si le premier n'est pas officiellement reconnu comme l'est le second !

Mon choix a été conforté par la lecture des ouvrages déjà existant et ayant rapport de près ou de loin avec le sujet, notamment ceux de : Mmes N. Farine et I. Plomb (infirmières), Mme N. Fleury (conservatrice de musée, anthropologue), Mme C. Marin-Blondel (auteure d'une thèse de doctorat) et M. J. Debons (auteur d'un mémoire en sciences sociales).

*« Le regain d'intérêt pour les médecines parallèles ou autres pratiques de guérison, distinctes de la médecine savante, a conduit à attirer l'attention sur des pratiques traditionnelles de guérison ».*<sup>2</sup>

Pour initier ma démarche, je me suis inspiré d'une situation emblématique, vécue en stage de formation pratique. En effet, à l'époque, j'avais choisi d'effectuer cette période d'apprentissage au sein d'un service de soins infirmiers libéral (à domicile), dont l'offre en soins s'adressait à des personnes d'âges variés (entre 20 et 80 ans) et présentant diverses problématiques plus ou moins complexes (soins d'hygiène de base, réfection et suivi de pansements, suivis d'opérations HAD, réadaptation, dialyse péritonéale, chimiothérapie, soins psychiatriques relationnels...).

---

<sup>2</sup> Fleury N. *Le "secret" dans le canton du Jura* (approche anthropologique d'une pratique de guérison), Lausanne, Institut d'Anthropologie et de Sociologie, 1994, p. 83

La situation emblématique vécue fut la suivante : chaque jour, nous devions assurer un suivi chez une patiente âgée de près de nonante ans et qui souffrait d'ulcères variqueux ouverts. Le médecin généraliste, avait ordonné un protocole de traitement, principes actifs per os et sous forme topique, de même que des pansements quotidiens terminés généralement par un bandage de la région traitée. A chacun de nos passages, la patiente avait retiré, bandages et traitements divers, pour les remplacer par des feuilles de choux ou d'autres substances naturelles, en nous expliquant que de toute façon, elle s'était toujours soignée ainsi et que ce n'était pas nos "moyens et façons de faire modernes" qui la feraient modifier ses habitudes et abandonner ses traditions de soins ! L'infirmière que j'accompagnais esquissait toujours un sourire, validait les propos de la vieille dame, lui donnait les explications utiles à la compréhension de la problématique (risques importants d'infection, douleurs vives, péjoration des plaies, étendue des lésions...), puis retirait les substances diverses et variées qui recouvraient les blessures et reprenait patiemment le protocole de soins depuis le début !

Sur le chemin du retour, une foule de questions me traversait l'esprit (us et coutumes, argumentation, actions et réactions de la patiente, validation, explications gestes techniques, aspects relationnels de la soignante) et ce vécu me donna l'impulsion de départ pour mon questionnement de recherche sur les pratiques populaires de guérison en lien avec celle des soins infirmiers, plus spécifiquement les services de soins à domicile.

Mon choix d'investiguer ce type de service, s'appuie principalement sur le fait que leur spécificité est justement que les professionnels qui y travaillent se déplacent au domicile de leurs patients pour y dispenser leurs actions soignantes, ceci leur permettant d'être en relation directe avec l'univers propre, les habitudes de vie en général et de soins en particulier, ainsi qu'avec toute la sphère culturelle et traditionnelle de leurs clients. Et il faut bien reconnaître que cette particularité est certes moins présente au sein des unités intra hospitalières, dans lesquelles la dynamique de prise en soins par les professionnels infirmiers est différente, en ce sens que ce sont les patients qui se déplacent dans l'univers des soignants pour y être pris en charge. De ce fait, ils abandonnent en quelque sorte leur environnement direct, connu et rassurant, de même que tout ou partie de leurs habitudes de vie et de soins, généralement mobilisées à domicile, au sein de la famille.

Ainsi tous les ingrédients pour la réalisation de mon travail de diplôme étaient en partie réunis et je pouvais dès lors me poser une question de recherche et initier l'ensemble de ma démarche.

## 1.2 Présentation de la région

L'Arc jurassien et plus précisément la région jurassienne, avant d'être une mosaïque de cantons (Jura, Jura bernois, Berne, Bâle, Neuchâtel, Vaud et Genève), mais aussi de départements français (territoire de Belfort, Franche-Comté, département du Doubs) est une vaste contrée qui doit son nom principalement à la période secondaire située entre le trias et le cétagé, caractérisée par d'épaisses *couches calcaires*, qui lui ont notamment façonné son relief et dont elle est issue.

Le choix du territoire a été fait en fonction de trois critères prioritaires.

D'une part, parce que c'est une région que je connais particulièrement bien, puisque j'y suis né et que j'y ai passé la majeure partie de ma vie familiale, scolaire et professionnelle.

D'autre part, parce que je souhaitais respecter un certain équilibre géographique, tous cantons confondus et également tenir compte de l'importance des services de soins à domicile régionaux et des bassins de population qu'ils desservent.

Et enfin, parce que les facteurs culturels, liés aux traditions populaires de cette contrée, ne connaissent pas les mêmes frontières que celles déterminées par la géopolitique. En effet, l'on peut constater l'existence de nombreuses similitudes entre ces contrées voisines, en termes de traditions, notamment concernant les pratiques populaires, les rites, les croyances, les habitudes de vie qui forment une partie du bagage culturel régional.

J'ai donc déterminé un territoire recoupant trois cantons de cette même région (Jura, Jura bernois et Neuchâtel) et j'ai ensuite fractionné cet ensemble en trois zones distinctes, avec un ou deux services de soins à domicile à investiguer pour chacune d'elle. Pour la première, Delémont et Porrentruy (JU), pour la seconde, le Vallon de St Imier (district de Courtelary, Jura bernois) adjacent à la région neuchâteloise et La Chaux-de-Fonds, enfin pour la troisième, le Val-de-Ruz (lien entre le haut et le bas du canton) et la ville de Neuchâtel, le tout présentant un ensemble équilibré et représentatif.

### 1.2.1 Le Jura<sup>3</sup>

Historiquement et politiquement, cette région faisait partie intégrante de l'Evêché de Bâle. Après qu'en 1814 (Traité de Paris) *la France retrouve ses frontières de 1792*, l'ancien Evêché devenu "*terre vacante*" sera annexé à la Suisse (Traité de Vienne) et c'est en 1815 qu'il sera rattaché au canton de Berne (Jura bernois), il comprenait à cette époque sept districts :

*La Neuveville* au sud, *Moutier* et *Laufon* à l'est, *Porrentruy (Ajoie)* au nord, *Courtelary* et *Delémont (La Vallée)* au centre et *Les Franches Montagnes* à l'ouest.

A la suite d'un plébiscite (votation de 1974), une majorité de la population concernée et ses dirigeants se prononcent pour la création d'un nouveau canton, Le Jura. Celui-ci comprendra trois des sept districts de l'ancien Jura bernois, à savoir *Delémont (La Vallée)*, *l'Ajoie (Porrentruy)* et *Les Franches Montagnes*. Toutefois, afin de finaliser ce processus, il fallu encore franchir

---

<sup>3</sup> Chiffres/informations Département de l'Administration Cantonale jurassienne, 2008 et div. sources doc.

plusieurs étapes et surmonter de nombreuses et célèbres querelles entre populations alémaniques (Sangliers) partisans d'un maintien dans le canton de Berne, et francophones (Béliers) favorables à une séparation (séparatistes), pour que finalement, le 23 septembre 1978 la population suisse vote une modification de la Constitution (entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1979) pour que le nouveau canton du Jura devienne officiellement le 23<sup>ème</sup> à *entrer dans La Confédération Helvétique*.

La République et Canton du Jura a un statut similaire à celui de Neuchâtel ou de Genève, en ce sens qu'ils sont tout à la fois, Républiques et Cantons.

Géographiquement, le canton du Jura est principalement formé de collines, de vallées et bien entendu de pâturages, célèbres pour leurs élevages de chevaux de race suisse particulièrement résistants.

Démographiquement, sa population totale est de 69'222 *habitants* au dernier recensement (2002). Environ le tiers de cette population est répartie principalement dans les deux grandes villes, Delémont (région de *La Vallée*) et Porrentruy (district de *L'Ajoie*), mais la majorité des habitants (deux tiers) se trouve disséminée dans quatorze communes de plus de mille habitants et cinquante sept de moins de mille personnes (petits villages, hameaux et lieux-dits) qui sont clairsemées tout au long de cette vaste région campagnarde. Point important à souligner, en lien avec les traditions populaires de guérison de cette contrée, notamment celle qui consiste en la pratique du *secret* faisant appel à la croyance, le fait qu'une forte majorité de cette population est d'obédience *catholique* (74.9%), alors qu'une petite minorité seulement se partage les autres religions, *réformés* (10.7%) et *autres musulmans...* (14.4%). Dans ce canton, nous trouvons environ "*treize médecins*" pour dix milles âmes, contre *quinze pour la moyenne suisse*.

Economiquement, les industries de l'horlogerie, de la métallurgie et du tabac y tiennent une place prépondérante et la population active est répartie en trois secteurs, *la moitié* travaillant dans *le secondaire*, *quarante pour cent* dans *le tertiaire* et *dix dans le primaire*.

La topographie de la région étant formée de nombreux pâturages, l'élevage et l'agriculture représentent une part non négligeable de l'occupation laborieuse régionale, les nombreuses fermes et exploitations familiales agricoles qui y sont rattachées, sont souvent regroupées en petits hameaux, ou même encore aujourd'hui bien isolées.

### 1.2.2 Neuchâtel<sup>4</sup>

Historiquement, Il semble que cette cité fut fondée au 10<sup>ème</sup> siècle par un roi *bourguignon*. Puis, c'est *Marie d'Orléans* qui étendit sa souveraineté sur Neuchâtel dès 1707, à sa mort, cette dernière n'ayant pas de descendance, c'est *Frédéric 1<sup>er</sup>* de Prusse qui est nommé à la tête de la Principauté.

En 1806, *Napoléon*, vainqueur de la Prusse, propose en échange du Duché de Hanovre le *Duché de Neuchâtel*, qui sera alors dirigé par le maréchal *Alexandre Berthier*. Le Duché sera restitué aux prussiens à la chute de l'Empire en 1814. Ce ne sera que le 12 septembre de la même année que le "canton royal" deviendra membre à part entière de la Confédération Helvétique.

---

<sup>4</sup> Chiffres/informations, Office du Tourisme *Watch Valley*, Neuchâtel, 2008 et div. sources doc.

En l'an 1848, La République et Canton de Neuchâtel est proclamée lors de la révolution neuchâteloise qui vit les gens des Montagnes (chaux-de-fonniers, loclois et vallonniers), essentiellement paysans et ouvriers, descendre en ville de Neuchâtel pour s'emparer du château, symbole de l'autorité prussienne. Une anecdote amusante : Encore aujourd'hui, les habitants du canton, mais principalement ceux de la ville, commémorent cette date du 1<sup>er</sup> mars 1848 diversement, suivant qu'ils sont royalistes, arborant le drapeau frappé de l'aigle noir prussien sur fond jaune à chevrons, devant les volets clos de leur maison en signe de deuil, ou bien révolutionnaires, défilant fièrement derrière l'étendard démocratique, barré verticalement des couleurs verte, blanche et rouge surmontées de la croix suisse dans l'angle supérieur droit ! A noter que de grands hommes sont passés par Neuchâtel et s'y sont arrêtés pour goûter de ses charmes, parmi eux, le philosophe *Jean-Jacques Rousseau*, l'écrivain *Alexandre Dumas*, le poète *Blaise Cendrars*, l'architecte *Charles-Edouard Jeanneret dit Le Corbusier*, sans oublier bien entendu un enfant du pays, le philosophe *Denis de Rougemont*.

Politiquement, le canton compte six districts, Neuchâtel et Boudry au sud, Le Val-de-Travers à l'ouest, Le Locle au nord-ouest, La Chaux-de-Fonds au nord-est et le Val-de-Ruz au centre. Ses choix politiques l'ont démarqué des autres cantons et reflètent bien l'esprit d'ouverture et d'indépendance caractéristiques de ses habitants. En effet, c'est le canton qui en 1959, acceptait de donner le droit de vote aux femmes au plan cantonal, de même qu'en 1992, il sera celui qui a le plus massivement voté en faveur de l'adhésion de la Suisse à la communauté européenne (espace économique).

Géographiquement, La République et Canton de Neuchâtel est située au nord-ouest du pays, partageant ses frontières avec le Jura français et la Suisse allemande. Au sud, se profile son lac, le plus grand entièrement en suisse et il partage le nord-est de son territoire avec les montagnes jurassiennes. D'où les similitudes en termes d'habitudes de vie, culture et traditions notamment, entre ces deux contrées. Par ailleurs, il jouit d'une situation centrale enviable de tous, qui favorise les diverses voies d'accès primordiales pour son développement.

Démographiquement, on dénombre, au dernier recensement de fin 2006 *169'022 habitants*, répartis prioritairement dans les trois grandes villes de La République, La Chaux-de-Fonds qui est la localité la plus peuplée du canton avec *38'000 habitants*, l'unique agglomération de cette importance en Suisse, située à plus de mille mètres d'altitude et célèbre pour son musée international d'horlogerie, ainsi que pour son architecture urbaine faite de rues parallèles les unes aux autres et qui inspira la construction de la ville de Chicago (US).

Puis Neuchâtel *32'000 habitants*, dont le *château et la collégiale* qui se situent côtes à côtes datent du XII<sup>ème</sup> siècle et représentent un des ensembles monumentaux *les plus représentatifs du style roman de Suisse*, viennent ensuite Le Locle avec *11'000 habitants* qui est la Mère commune des Montagnes neuchâteloises et Môtiers, joyaux architectural de la région, situé au cœur du Val-de-Travers. Le reste de la population résidant dans les nombreuses vallées et collines qui couvrent, tout comme pour le Jura, le territoire neuchâtelois.

Concernant l'appartenance religieuse, *64'919 âmes* sont rattachées à la religion *catholique* et *97'843* appartiennent aux églises *réformées* (selon les derniers

chiffres de 2000), 1688 se partagent *les autres tendances*.<sup>5</sup>

Economiquement, La République et Canton de Neuchâtel est le berceau de l'horlogerie depuis plus de quatre cents ans, le cœur de celle-ci étant situé au sein des montagnes et vallées neuchâteloises. Durant plusieurs siècles, les principaux acteurs de cette activité étaient les paysans horlogers, qui durant la belle saison d'été exerçaient le dur travail de la terre et une fois l'hiver venu et la neige recouvrant le sol, se recroquevillaient sur leur atelier pour y fabriquer des horloges. Aujourd'hui, ce sont les usines d'horlogerie et leurs ouvriers spécialisés qui ont remplacé les agriculteurs horlogers d'autrefois.

Actuellement le secteur *tertiaire* occupe 66.9% de la population active, le *secondaire* 21.0% et le *primaire* 12.0%.

Un mot encore sur le lac de Neuchâtel, surface d'eau, qui a toujours représenté un intérêt économique de taille, tant pour le passage des marchandises que pour la vente de ces dernières dans les divers marchés qui bordent la rive nord du lac, ainsi que des nombreuses activités touristiques, sportives qui participent à la *qualité de vie propre aux régions lacustres*.

### 1.2.3 Le Vallon de St Imier<sup>6</sup>

Si j'ai choisi également d'investiguer pour ma recherche, cette localité du Jura bernois, faisant partie du district de Courtelary, c'est pour deux raisons principales. D'une part, parce qu'il était l'un des sept districts de la région de "l'ancien" Jura (bernois) d'avant la scission, donc il fait partie intégrante du territoire jurassien proprement dit et ensuite, parce que le Vallon de St Imier partageant ses principales frontières, nord, nord-est et nord-ouest avec les cantons de Neuchâtel et du Jura (actuel), il est un trait d'union entre ces deux Républiques et est tout comme elles, empreint par la même culture et notamment en ce qui concerne les traditions et les pratiques populaires de guérison.

Quelques chiffres concernant cette contrée, selon le dernier recensement datant de 2007, la population totale du Jura bernois représentait 51'374 *habitants*, répartis en trois districts, *Moutier* 22'966, *La Neuveville* 6104 et *Courtelary* (dont fait partie le vallon de St Imier) 22'304, soit le 43.41% de cette population.

On dénombre pour les trois districts confondus, 15'756 *catholiques*, pour 30'042 *protestants* et 5330 *autres* ou sans religion. Enfin concernant l'activité laborieuse, le secteur *primaire* occupe 2301 *travailleurs*, le *secondaire* 9767 principalement dans l'industrie des machines et l'horlogerie et le *tertiaire* 9639 personnes.

---

<sup>5</sup> Geiser G. et Pellaton J.P. *Mémento statistique neuchâtelois*, Neuchâtel, Office de la statistique, 2003

<sup>6</sup> Chiffres/informations, Fondation Interjurassienne pour la statistique, 2005, Administration Cantonale du Jura bernois, Courtelary, 2007 et div. sources doc.

## 2. Questionnement

Ma question globale de départ s'est précisée, affinée et enrichie au fil de mes lectures, de mes découvertes, de l'avancée de mon travail et des expériences que j'ai effectuées sur le terrain et au contact des nombreuses personnes que j'ai rencontrées en lien avec ma démarche.

J'ai pu constater que le chemin parcouru entre la question de départ et celle de recherche fut dense et passionnant, qu'il a respecté les différentes étapes du processus et qu'il m'a permis jusqu'à la fin de mon travail, d'affiner mon positionnement, personnel et surtout professionnel en lien avec la problématique spécifique que j'avais choisie de traiter.

Cette question, orientée au départ vers un seul but en relation avec la prise en compte des pratiques de guérison de la clientèle régionale par les professionnels infirmiers, s'est finalement dirigée sur deux objectifs à l'arrivée, l'un en lien avec la reconnaissance de ces pratiques et l'autre, vers son influence sur certains facteurs de la relation soignants/soignés.

Ainsi, j'ai pu formuler ma question de recherche de manière plus précise et mieux ciblée, à savoir :

**La prise en compte des croyances et pratiques traditionnelles de soins de la clientèle, par les infirmiers<sup>7</sup> des services de soins à domicile régionaux, est-elle pertinente et ceci peut-il influencer la relation soignants/soignés ?**

Les croyances et pratiques traditionnelles de soins font partie intégrante de la culture populaire d'une région. Les termes de *croyances* et de *traditions*, utilisés dans mon interrogation, que j'ai conceptualisés et développés dans mon travail, font référence aux pratiques traditionnelles de soins ou de guérison que j'ai choisies, telles que *les secrets*, *les remèdes* et *les vieilles recettes* et qui donc ici relèvent plutôt du domaine de la santé populaire et non à ceux auxquels ils se rapportent communément, plus particulièrement en relation avec les domaines de la sociologie, de l'anthropologie, etc.. .

Au niveau de mon questionnement, apparaissent les trois thèmes principaux que j'ai souhaités développer :

1. Certaines croyances et pratiques traditionnelles et populaires de soins
2. Les services de soins infirmiers à domicile
3. Divers facteurs de la relation soignants / soignés.

Dans mon travail, les croyances font référence à la mobilisation des secrets (prières) et les pratiques de soins à l'application des remèdes et vieilles recettes de famille (préparations).

---

<sup>7</sup> Pour l'ensemble du document présenté et pour des raisons de confort de lecture ainsi que par souci de simplification de rédaction, la forme masculine pour désigner les professionnels des soins infirmiers a été préférée, mais il est bien entendu que le lecteur est invité à y associer également la forme féminine.

## 2.1 Etat de la question

Certes, le sujet choisi intéresse autant qu'il intrigue et je remarque que l'on en parle depuis longtemps. Mais je constate également qu'actuellement, les auteurs qui ont écrit et effectué des recherches sur le thème des pratiques traditionnelles et populaires de guérison en lien avec le domaine des soins infirmiers sont peu nombreux. En effet, à ce propos, je n'ai trouvé que quelques travaux spécifiques et "dignes" d'être consultés, notamment ceux dont je me suis imprégné et qui m'ont permis de nourrir ma réflexion, puis de construire ma base de références afin de pouvoir mettre les éléments caractéristiques en lien avec mon questionnement. D'ailleurs, concernant les travaux existants, j'ai constaté que J. Debons dans son mémoire en sciences sociales (Université de Lausanne), relève lui aussi les difficultés rencontrées en lien avec la littérature à disposition sur le thème qu'il avait choisi de développer « *Adaptation de la pratique du secret dans le canton du Valais* », il dit lui-même, à ce sujet :

« *Mes premières recherches dans les bibliothèques cantonales m'ont rapidement montré qu'il n'existait pas de travaux sur ce thème en Valais. Les seuls documents que j'ai pu trouver sont des études historiques et folkloriques traitant de la culture populaire, de quelques procès de sorcellerie, et plus rarement des guérisseurs ruraux* ». <sup>8</sup>

Et j'ai pu constater que ce qui était vrai pour lui en Valais, l'était également pour moi au niveau du Jura et de Neuchâtel, ceci même si les livres parus et les recherches effectuées en lien avec le sujet étaient un peu plus nombreux du fait que cette région est sans doute le *berceau* de certaines de ces pratiques traditionnelles de guérison, comme celle du secret. Indubitablement le thème choisi est vaste et les concepts et domaines qu'il touche peuvent s'appréhender et se développer de diverses manières et s'inspirer d'approches multiples et différentes. J'ai consulté et identifié des ouvrages et travaux sur la *croyance*, puis le domaine *social* et l'*anthropologie* en lien avec les soins :

- Levy I. *Soins et croyance (guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux)*, 2001
- Godet P. *La construction sociale de l'activité soignante*, Lausanne, 2002 in (HEdS-ARC, module 121)
- Vega A. *Soignants / soignés pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Paris 2001

Ceux-ci s'inscrivent dans une dynamique de globalité et m'ont permis de mieux cibler ma problématique de recherche en regard des domaines qu'elle touche. Puis, j'ai complété ces découvertes en identifiant des écrits liés au domaine des *guérisseurs* et de la *relation de soins* :

- Chavérat C. *Voies parallèles, aux sources de la relation d'aide, plus précisément « Le mythe du guérisseur-blessé dans les médecines populaires comme fondement archétype de la relation d'aide* » Paris, 1986

---

<sup>8</sup> Debons J. *Tradition et adaptation de la pratique du secret dans le canton du Valais*, Mémoire en Sciences sociales, Faculté des Sciences sociales et politiques, Université de Lausanne, 2003, p. 9



- Friedmann D. *Les guérisseurs*, Paris, Cordes, 1979
- Marin Blondel C. *Contribution à l'étude des guérisseurs et de la relation de soins*, Thèse de doctorat, Institut de médecine, Lausanne, 1991

Le regard suivant, je l'ai porté aussitôt sur les travaux réalisés directement en lien avec les pratiques populaires de guérison. Ils m'ont permis d'effectuer des découvertes indispensables pour le bien fondé de mon travail et m'ont amené des éclairages plus précis auxquels je n'avais pas été confronté dans mes précédentes lectures. Ces ouvrages, lus ou identifiés, m'ont donné l'opportunité d'approfondir de manière significative mes connaissances en termes de pratiques populaires de guérison et de préciser globalement ma problématique :

- Borruat M. et Fleury I. *Les faiseurs de Secret dans le Jura*, Travail de diplôme, Lausanne, EESP, 1987
- Debons J. *Tradition et adaptation de la pratique du secret dans le canton du Valais*, Lausanne 2003
- Fleury N. *Le secret dans le canton du Jura*, Lausanne 1994
- Masse R. et Benoist J. *Convocation thérapeutique du sacré*, Paris, 2002

Enfin, les derniers écrits que j'ai consultés devaient me permettre d'établir des liens indispensables entre les éléments qui ressortaient de l'étude des ouvrages précédents et leur relation au domaine que j'avais choisi de traiter, avec une recherche dans le domaine des soins infirmiers :

- Farine N. et Plomb I. *Le secret. Dans le Jura quelle collaboration existe-t'il entre infirmières et Faiseurs de secrets ?*, Lausanne, Chantepierre, 1993
- Sans oublier les deux écrits qui ont nourri ma réflexion : Schindelholz G. *Grimoires secrets*, Porrentruy, 1983 et Collière M.-F. *Promouvoir la vie*, Paris, 1982.

Pour terminer, j'ajouterai que j'ai eu la formidable opportunité de compléter ce petit "tour d'horizon" de la question en ayant des contacts directs avec les personnes que j'ai appelées de "ressources", notamment quelques-uns des auteurs d'ouvrages et de travaux de recherche, plusieurs professionnels de la santé en général et des soins infirmiers en particulier, ainsi qu'avec une partie de la population (tradipraticiens et bénéficiaires). Toutes ces personnes ont participé de près ou de loin à ma démarche et à mon enrichissement personnel et professionnel.

## 2.2 Les Motivations

Mes principales motivations m'ont accompagné depuis le tout début de mon travail, jusqu'à la fin de celui-ci avec toujours la même intensité, me procurant ainsi l'énergie nécessaire à la réalisation de cette tâche.

### 2.2.1 Personnelles

Pour parler de mes motivations d'ordre personnel, je poserai l'interrogation suivante : Comment passer le plus clair de sa vie et de son temps dans cette belle et mystérieuse région où chaque village abrite "*son faiseur de secrets*" et chaque famille possède encore ses propres remèdes et vieilles recettes, sans être poussé à mieux comprendre quelles sont-elles vraiment, pourquoi tout le monde ici et même ailleurs les connaît et pour la plupart les utilise, ont-elles véritablement un impact et si oui à quel niveau... ?

Autant de questions qui ont aiguisé mon envie d'en savoir plus.

Après avoir vécu personnellement et collectivement au sein de ma famille mes propres expériences de santé en lien avec ces pratiques de guérison et ces traditions de soins, j'ai décidé d'approfondir ce sujet pour mieux l'appréhender et le comprendre. De même que l'envie d'élargir la modeste connaissance que j'avais de ce domaine au travers des usages pratiques appliqués et des considérations populaires dont on entend habituellement parler à son propos.

Et certainement aussi, le besoin de ressentir et d'être en relation directe avec cette partie des racines et des traditions familiales dans lesquelles j'ai été élevé, j'ai grandi et je retournerai vraisemblablement travailler une fois mon cursus d'études terminé !

### 2.2.2 Professionnelles

C'est au travers de l'expérience professionnelle concrète citée en introduction, que j'ai assurément confirmé ma décision de traiter le sujet qui était déjà présent en moi et pressenti pour mon travail de recherche en lien avec le domaine des soins infirmiers.

En effet, cette expérience professionnelle, en termes de connaissances, de l'*environnement* des patients (habitat, espace vital, odeurs, lumière, place du mobilier...), de leurs *habitudes de vie* (rangement d'effets personnels, heures du lever et du coucher, des repas, de la sieste, alternance des moments de travail et de repos, partage des connaissances des anciens, pratique de la prière, appréhension de la fin de vie,...), mais aussi de leur *condition personnelle* (comportementale, psychologique, financière, stratégies d'adaptation, mécanismes de défense...) et des *facteurs sociaux* qui y sont liés (ambiance individuelle et familiale, proches, activité sociale, réseau d'amitiés...), m'a permis sans aucun doute, de mesurer toute l'influence que peuvent avoir ces éléments spécifiques, sur l'ensemble du fonctionnement professionnel, principalement au niveau de la relation entre les soignants et les soignés, mais aussi de l'offre en soins et dans l'application de la démarche thérapeutique. Ce qui m'a prioritairement motivé au plan professionnel, c'était le souhait d'identifier si mon questionnement au sujet des pratiques traditionnelles et populaires de guérison pouvait représenter en fonction des résultats obtenus, un intérêt pour la profession, une reconnaissance de l'expertise des clients en lien avec les maux dont ils souffrent, de nouvelles approches de soins, des connaissances supplémentaires et pourquoi pas des moyens complémentaires de guérison à ceux déjà mobilisés aujourd'hui dans la pratique quotidienne des soins infirmiers à domicile !

Si cet intérêt devait être mis en évidence, je pense qu'il pourrait devenir un

point positif et un réel enrichissement commun, une véritable opportunité d'améliorer l'ensemble de l'offre en soins existante. Dès lors, cette dynamique de reconnaissances réciproques pourrait représenter une clé de voûte du développement futur des compétences professionnelles.

Enfin, les deux autres motivations que je soulignerai principalement ont été en lien avec mon projet professionnel, les soins infirmiers libéraux. En effet, d'une part, avoir la possibilité de répondre aux questions de la clientèle sur le bien fondé et l'efficacité de leurs pratiques traditionnelles de guérison pour eux-mêmes et d'autre part, me positionner professionnellement au sujet de ces pratiques (reconnaissance, valorisation, mobilisation), pour moi-même et vis-à-vis des autres acteurs du domaine de la santé (interdisciplinarité).

Pour terminer ce chapitre, j'ai relevé les termes récemment utilisés par B. Kouchner (ancien ministre français de la santé) :

*« Fini le temps où le malade était tenu dans l'ignorance et le silence. Le temps où la moindre question, le plus petit geste de participation de sa part ou de la part de sa famille étaient considérés comme une intrusion inacceptable dans le savoir et la pratique du thérapeute ».*<sup>9</sup>

## 2.3 Hypothèses et objectifs

Afin de pouvoir vérifier la pertinence de mes interrogations, j'ai commencé par émettre des hypothèses, puis je me suis fixé des objectifs réalisables et atteignables, le tout en lien avec mon questionnement.

- ✚ *Dans la région investiguée, plusieurs pratiques traditionnelles de soins sont aujourd'hui connues (Q1) et pour certaines d'entre-elles encore fréquemment utilisées par les clients (Q2).*

Démontrer que certaines pratiques traditionnelles de soins régionales, parmi la liste présentée aux professionnels et associées à des problématiques correspondantes, existent encore aujourd'hui dans cette région et quelles sont celles qui sont le plus souvent mobilisées par les clients.

- ✚ *Les infirmiers des soins à domicile de cette région en connaissent les principales (Q4), mais ne les utilisent que peu (Q5) et uniquement certaines d'entre-elles (Q5.1)*

Déterminer parmi celles proposées, lesquelles sont les plus connues des infirmiers, si ces derniers les mobilisent et lesquelles d'entre-elles.

- ✚ *Les professionnels des soins à domicile sont favorables à la prise en compte de ces pratiques traditionnelles (Q8) et pensent qu'elle peut renforcer certains facteurs spécifiques de la relation soignants / soignés (Q7).*

---

<sup>9</sup> Schachtel M. *Guide pratique des soins à domicile*, Paris, Editions Lamarre, 1992

Identifier si les infirmiers à domicile de cette région sont favorables à la prise en compte des pratiques populaires de soins de leurs clients et mettre en évidence, selon l'approche soignante, au moins deux facteurs spécifiques parmi ceux de la liste proposée (un concernant les soignants et l'autre les clients) susceptibles d'influencer la relation soignants / soignés.

## Deuxième partie



*Gravure ancienne représentant deux sorcières à l'œuvre.*

### 3. Définitions (concepts choisis)

*« C'est au moment où un concept change de sens qu'il a le plus de sens, c'est alors qu'il est en toute vérité un événement de conceptualisation ».* (G. Bachelard)

Afin de mieux appréhender les éléments spécifiques mis en évidence dans mon travail, j'ai jugé utile d'en définir quelques-uns. Pour ce faire, j'ai souligné, approfondi et clarifié ceux qui me semblaient prioritaires en restant bien conscient qu'ils ne représentent qu'une partie des approches possibles du sujet.

Toutefois, je pense que ce regard porté m'a été suffisant pour me permettre de clarifier le sujet au vu des exigences que je m'étais fixé.

#### 3.1 Sortilèges et sorcellerie

Sans se toucher réellement, il fut un temps où ces notions faisaient partie d'une seule et même façon de concevoir les éléments en lien avec l'inexplicable.

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, dans la langue d'*hoc*, qui était coutumière à l'époque, La Bruyère disait à propos des sortilèges :

*« Il y a des faits embarrassants, affirmés par des hommes graves qui les ont vus ou qui les ont appris de personnes qui leur ressemblaient ; les admettre tous ou les nier tous paraît un égal inconvénient et j'ose dire qu'en cela, comme dans toutes les choses extraordinaires et qui sortent des règles communes, il y a un parti à trouver entre les âmes crédules et les esprits forts ».* (La Bruyère) in (G. Schindelholz, 1983, p. 7)

Je laisse bien entendu au lecteur, la liberté de se positionner concernant « les âmes crédules » et « les esprits forts » !

#### La sorcellerie

Dans son ouvrage traitant entre autre points, de la *pratique des femmes soignantes* à l'élaboration des *soins infirmiers*, M.F. Collière établit une relation entre la fin de la sorcellerie et l'initiation des « *femmes soignantes* » :

*« Après le démantèlement de la sorcellerie (Contre Réforme) durant laquelle les consacrées (femmes soignantes) accroissent le champ de leur pratique soignante, notamment dans les campagnes avec la création des Sœurs de Charité, elles deviennent le modèle référant des pratiques de soins prodiguées par les femmes. Le modèle traduit un rôle, déterminé par une doctrine, prescrivant un ensemble de comportements et d'attitudes ».*<sup>10</sup>

Modèle, rôle, doctrine, des mots qui préfigurent l'apparition d'une nouvelle profession (infirmière).

Mais revenons encore un instant à la sorcellerie. A cette époque et si l'on se place d'un point de vue strictement régional, en Suisse romande, qu'en était-il de cette pratique presque partout répandue ?

---

<sup>10</sup> Collière M.-F. *Promouvoir la vie* (de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers), Paris, Inter éditions, 1982, chapitre 5, p. 105

« C'est de la Suisse romande que la sorcellerie commença à se répandre en Suisse ». <sup>11</sup>

Plus précisément dans le Jura : « La sorcellerie était une pratique tellement répandue, qu'elle constituait la trame de toute une époque dont l'apogée se situe aux Vème, VIème et VIIème siècles. Et l'on sait que les pouvoirs publics n'étaient pas tendres avec ceux et celles qui, à tort ou à raison, étaient suspectés de sorcellerie.

Les bûchers ont crépité un peu partout, et leurs cendres mal refroidies hantent encore l'esprit de notre génération ». *ibid.* (G. Schindelholz, 1983, p.p. 101 et 108)

Dans le canton de Neuchâtel : « Entre 1420 et 1439, la poursuite de la sorcellerie s'étendit au pays de Neuchâtel, où elle fut menée par l'inquisiteur Ulrich de Torrenté. Le premier procès date de 1430 (...)

Ils se succédèrent dès lors à une cadence rapide ; quarante huit procès de sorcellerie se déroulèrent entre 1607 et 1667 dans la seigneurie de Valangin (Val-de-Ruz). En 1619 notamment, dix sorcières furent brûlées vives (...) on pourrait allonger la liste encore et l'étendre à toutes les régions du pays ». *ibid.* (G. Schindelholz, 1983, p.p. 103 et 104)

Et enfin dans le canton de Fribourg, région dans laquelle la sorcellerie tenait une place importante et plus précisément en Gruyère qui n'a pas été épargnée par la chasse aux sorcières, selon Mme M. Jenny, auteure d'un mémoire de licence sur les guérisseurs, *faiseurs de secrets* et rebouteux à Fribourg.

Elle dit, notamment en citant une lettre écrite par le vicaire Schneuwly au sénat de Fribourg (1507) : « La campagne fourmille de magiciens, de devins et d'hommes qui ont fait un pacte avec le diable. C'est de la sorcellerie (...)

Même s'ils révélaient presque toujours leurs secrets, faits de prières et d'invocations aux saints catholiques, les autorités continuaient à n'y voir que de la sorcellerie ». <sup>12</sup>

Une chose est sûre, les châtiments infligés auparavant à ceux qui usaient de certaines de ces pratiques ne sont fort heureusement plus les mêmes aujourd'hui et ceci malgré le fait que l'on retrouve toujours quelques vieux réflexes qualifiant encore de sorcellerie tout ou partie de ce qui se réfèrent aux soins populaires !

« Elle ressurgit (la sorcellerie) dès lors que l'on parle des soins populaires : les sorciers et les faiseurs de "secrets" manipulent en effet les mêmes forces, seule "l'intention" est différente. De fait leur pouvoir est ambivalent et toujours suspect ». (J. Debons, 2003, p. 34)

Même si la terminologie utilisée ici peut sembler négative au premier abord, surtout dans sa formulation (*manipulent, ambivalent, suspect...*), elle n'en a pas moins le mérite de souligner l'importance de « l'intention ».

En effet, peu importe le support, c'est bien au niveau de l'intention que la différence se trouve en finalité. Et de cela j'en suis convaincu, car c'est bien l'intention de guérir et non de nuire qui a été manifestée par la plupart des

---

<sup>11</sup> Schindelholz G. *Grimoires secrets*, Porrentruy, Editions Transjurannes, 1983, p. 103

<sup>12</sup> [www.Lagruyere.ch](http://www.Lagruyere.ch), 2005, Gruyère, *Faiseurs de secrets*



personnes qui pratiquent les soins traditionnels et avec lesquels j'ai eu l'occasion de m'entretenir.

### 3.2 Croyances et traditions

Deux notions qui bien que dans mon travail apparaissent liées l'une à l'autre, méritent une approche différenciée plus adéquate.

#### Les Croyances

Du latin *credere, croire, avoir confiance*.

Lorsque l'on entend ce mot, sa connotation religieuse vient presque aussitôt à l'esprit, mais je présenterai tout d'abord, une définition globale qui ne saurait être esquivée.

*« La croyance est le fait de tenir pour réel l'existence de quelqu'un ou de quelque chose qui n'est pas perceptible par l'expérience ou prévu par la science. La croyance résulte d'interaction des individus ou avec des textes dogmatiques. La croyance est une façon de penser qui permet d'affirmer, sans esprit critique, des vérités ou l'existence de choses ou d'êtres sans avoir à en fournir la preuve, et donc sans qu'il soit possible de prouver qu'elles sont fausses ».*<sup>13</sup>

#### 3.2.1 Croyances et religion

La religion, dans son fonctionnement de base s'appuie sur la croyance. Cette notion implique que : *des personnes croient et adhèrent aux lois, aux dogmes, aux doctrines qu'elle leur propose*. La place que tient la croyance au sein des pratiques traditionnelles et populaires de guérison est très importante. En effet, elle fait partie d'un processus qui implique une pluralité et d'après M. de Certeau, cité par N. Fleury :

*« Le processus de croire marche non à partir du croyant lui-même, mais à partir d'un pluriel indéfini (l'autre / les autres) ».*<sup>14</sup>

En effet, le fait de croire se conjugue généralement au pluriel, le croyant et les autres.

On peut également tenter une approche en termes de *croyance individuelle* et *croyance collective*. En lien avec la pratique du secret, c'est dans l'ouvrage de N. Fleury (1994, p.p. 70 et 71) que j'ai trouvé une explication intéressante à ce propos : *« Le croyant ne se met pas seul en avant face au secret... les autres constituent... une sécurité envers le scepticisme et servent par-là même de garants (...) Le poids du nombre se fait réellement sentir au moment où l'on s'y réfère ».*

---

<sup>13</sup> <http://atheisme.free.fr/Themes/Croyance.htm>, p. 1 de 4

<sup>14</sup> De Certeau M. *Une pratique sociale de la différence : croire*, 1981, p. 374 in (N. Fleury, 1994, p. 70)



Mais encore, précise-t-elle : « *Nous constatons que la croyance rapportée au "secret" contient à la fois la dimension collective et individuelle. Il est toujours fait appel aux autres pour s'appuyer, mais nous ne croyons pas tous de la même manière, ni toujours de façon unique* ». *ibid.* (N. Fleury, 1994, p. 73)

### 3.2.2 Croyances et habitudes de vie

Une vision peut aussi être portée sur les croyances directement liées aux habitudes de vie d'une population, elles prendront alors une teinte plus en phase avec la culture.

Selon M. F. Collière, les croyances peuvent aussi être intimement liées aux habitudes de vie, aux coutumes des personnes et deviennent ainsi une sorte d'identité, une forme d'appartenance au groupe :

*« Les croyances sont une forme de connaissance intégrée, intériorisée à partir des habitudes de vie. (...) **Toute croyance est une habitude de vie**, une coutume à laquelle adhère un groupe et à travers lui, les personnes qui en font partie. (...) Habitudes de vie et croyances s'élaborent à partir de milieux de vie et, de ce fait, sont tributaires des caractéristiques de l'espace, du territoire où vit le groupe (...) Les habitudes de vie, comme les croyances qui relèvent d'elles, touchent fondamentalement et initialement à tous les grands domaines assurant le maintien et l'entretien de la vie ».* (M.F. Collière, 1982, p.p. 281 et 282)

Ici l'on voit les habitudes de vie et les croyances s'interpénétrer, trouver leur point d'ancrage et être constamment en mouvement au sein du groupe social formé d'individus qui vont influencer à chaque instant sa dynamique, notamment au travers de comportements, d'attitudes, d'actions, etc...

Aux croyances et habitudes de vie sont également liés des valeurs qui seront les éléments déterminants en termes d'importance de l'une ou l'autre d'entre elles aux yeux des individus :

*« Aux habitudes de vie et aux croyances sont attachées des valeurs, la valeur étant le degré d'importance et d'estimation sociale accordés à telle ou telle croyance, ce qui crée pour le groupe un besoin de la protéger et de la défendre afin de la maintenir ».* *ibid.* (M.F. Collière, 1982, p. 283)

Par exemple, la pratique du secret, reconnue comme une croyance ou une pratique traditionnelle de guérison par les jurassiens et leurs proches voisins. Elle revêt une importance fondamentale en lien avec les traditions populaires régionales pouvant influencer la santé des personnes et de ce fait, représente une grande valeur à préserver et à protéger impérativement pour cette population, d'où je pense, le fait qu'elle soit encore bien présente dans ces contrées aujourd'hui !

Pour sa part, A. Vega démontre dans le paragraphe suivant l'importance des croyances dans les habitudes de soins de la population qui ne sont pas toujours reconnues à leur juste valeur par les professionnels soignants :

*« L'appartenance à des groupes sociaux et culturels induit des habitudes de soins particulières. Chaque système de soins véhicule à la fois des approches spécifiques de la maladie et de la santé, mais aussi des croyances*

*particulières. Comme les ressentis des malades, ces dernières sont souvent jugées inopportunes et "irrationnelles" par les professionnels. Or les croyances sont des dimensions essentielles dans les soins, dans toutes les sociétés, à toutes les époques, que l'on soit soigné, soignant ou encore "bien portant" ».*<sup>15</sup>

Et c'est chez M.F. Collière, que j'ai encore pu relever une approche intéressante en termes d'habitudes de vie et de croyances. Ici elles apparaissent comme étant les éléments de base des *coutumes ancestrales*, des *pratiques élémentaires de soins* et sont vraisemblablement pour elle, le point de départ dynamique s'inscrivant dans le continuum santé-maladie :

« *Les pratiques alimentaires et celles du corps sont à l'origine de toutes les habitudes de vie et de toutes les croyances, elles constituent les plus vieilles coutumes du monde et sont toujours sous-jacentes à toute forme d'expression du processus santé – maladie* ». (M.F. Collière, 1982, p. 282)

Enfin, pour terminer cette partie consacrée aux *croyances*, j'ai choisi de mettre en évidence quelques-uns des *dictons* d'autrefois que l'on pouvait entendre dans la région jurassienne et que j'ai identifiés dans l'ouvrage de l'abbé Schindelholz (1983, p. 189) :

- *Tonnerre en janvier, récolte en quantité*
- *Avoine de février, espoir au grenier*
- *Contre les insulations, se coiffer d'un mouchoir rouge*
- *Si tu gardes le dimanche, le dimanche te gardera*
- *Beauté sans bonté n'est que vanité*
- *Bon voisin vaut bon ami*
- *Vantez les hauteurs, mais tenez-vous dans le bas...*

### Les Traditions

Du latin *tradere-transmettre*, la tradition est : « *Une transmission de connaissances, de doctrines religieuses, ou par extension, de connaissances humaines, de faits, d'usages, etc.. de génération en génération. La tradition nous fait héritiers du passé* ».<sup>16</sup>

Les traditions sont inscrites dans la vie d'une population, elles sont en quelques sortes, comme souligné plus haut, le *patrimoine identitaire*, la substance qui relie les êtres d'un même groupe entre eux.

Dans les sociétés jurassiennes et neuchâteloises auxquelles je me suis intéressé, j'ai pu remarquer que les traditions en lien avec le domaine de la santé et des soins populaires, sont encore largement répandues de nos jours. Une explication à cela pourrait être que la majeure partie de ces régions ont toujours été et sont d'ailleurs encore aujourd'hui pour certaines, isolées de part leur configuration géographique, à l'exception peut-être du bas du canton de

---

<sup>15</sup> Vega A. *Soignants / soignés pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Paris, Editions De Boeck Université, 2001, p. 49

<sup>16</sup> Gioan P. *Dictionnaire usuel Quillet Flammarion*, Paris, Editions Librairie Quillet-Flammarion, 1963, p. 1550

Neuchâtel (voie de passage de la population et du transit des marchandises). Ceci expliquerait que les habitants de ces contrées, principalement issus *du monde rural* et vivant en priorité et jusqu'à *la fin du Moyen-âge* du produit de leurs terres, formaient *de petites cellules familiales* et villageoises, dans lesquelles ils avaient l'habitude de résoudre *leurs problèmes liés à la santé par eux-mêmes*, en ne faisant appel que *très rarement à de l'aide extérieure* et moins encore professionnelle, puisque *la pénurie de médecins*, du moins pour le Jura et les Montagnes neuchâteloises était alors un phénomène relativement courant. De fait, l'on peut parfaitement comprendre que cette population soit restée largement attachée à ses habitudes de vie, en termes de pratiques traditionnelles de guérison et à ce propos N. Fleury souligne dans son ouvrage que : « *La population était ainsi d'origine paysanne et considérait avec égard les croyances traditionnelles* ». (N. Fleury, 1994, p. 22)

En termes culturels et spirituels, hormis les pratiques traditionnelles de guérison, la religion tenait également une place prioritaire pour les gens de cette région : « *Au sein d'une existence active et agricole, la religion était réellement présente (...) Les images, les croix, les chapelets se retrouvaient dans chaque maison* ». *ibid.* (N. Fleury, 1994, p. 22)

Même si aujourd'hui, la plupart de ces habitants ne vivent plus directement du secteur agricole, ils sont tout de même les enfants des anciennes familles d'agriculteurs et tiennent plus que tout à *respecter leurs traditions au même titre que leur environnement*. J'en veux pour preuve une bonne partie de mes ancêtres, que j'ai encore eu la chance de connaître, qui sont nés ou qui ont vécu dans cette région ou à proximité et qui exerçaient eux aussi des métiers en relation directe avec la nature, menuisier, bûcheron, agriculteur et même tailleurs de pierres dans les célèbres carrières de "pierres jaunes" d'Hauterive au bord du lac de Neuchâtel. Je pense que c'est une des raisons pour laquelle, j'ai moi-même été baigné dans ce terreau depuis ma plus tendre enfance et que je me "sens" solidement attaché à ces pratiques traditionnelles et populaires. Lorsque l'on parle des habitants du Jura ou des Franches Montagnes ou encore de ceux des Montagnes neuchâteloises "ceux du haut !", on retrouve bien les éléments typiques qui caractérisent la population de ces régions et dont A. Vega relève en termes de *sociétés traditionnelles* :

« *On appelle "sociétés traditionnelles", non pas les sociétés qui auraient un poids de traditions plus élevé que les autres (...) mais celles où priment les modes de vie plus ruraux que citadins ; dans lesquelles bon nombre de savoirs et de Croyances sont transmis par la culture orale* (ce qui est par exemple le cas pour la pratique du secret) (...) *Certaines le sont plus que d'autres, en fonction de leurs spécificités, comme par exemple celles dont les habitants vivent plus isolés donc plus enclins à devoir se débrouiller entre eux et par leurs propres moyens, ou encore celles regroupant des personnes vivant principalement de ce que la nature leur donne* ». (A. Vega, 1994, p. 141)

### 3.3 Médecine officielle et médecine populaire

En évoquant la médecine en général, on pense immédiatement à la médecine classiquement ou officiellement reconnue. Dans ce sens-ci, elle s'apparente à une pratique *légalement* avérée, par opposition à la médecine dite parallèle qui elle ne l'est pas et dont les pratiques extra médicales des thérapeutes *populaires* qui s'en réclament (guérisseur, herboriste, radiesthésiste, rebouteux...) sont le plus souvent qualifiées de "pratiques illégales" de la médecine. La médecine *classique* repose essentiellement sur une approche du corps humain au moyen de *l'outil diagnostic médical* s'appuyant sur l'étude des symptômes cliniques. Elle se fonde sur des *valeurs scientifiques* qui lui permettent *d'analyser, de démontrer* et finalement *d'expliquer* les phénomènes *pathologiques* auxquels elle est confrontée et qu'elle doit prendre en charge. Les sciences sur lesquelles se base cette approche sont entre autres :

- L'anatomie, *étudie la structure des être organisés par les moyens de la dissection, envisageant la forme et la disposition des organes*<sup>17</sup>
- La physiologie, *traitant des fonctions organiques par lesquelles la vie se manifeste* (Larousse, 1968, p. 697)
- La pathologie, *étudiant les causes et les symptômes des maladies* ibid. (Larousse, 1968, p. 674)

Mais également, la biologie, la chimie, la physique, etc... complétées récemment par les sciences qui étudient l'infiniment petit, notamment au moyen des technologies nucléaires permettant d'approcher, d'analyser et de comprendre la vie dans ses plus infimes détails.

Cette pratique fait appel à un "savoir" à un corpus de connaissances enseigné dans les cursus universitaires au sein de leurs différentes facultés et en termes de spécialités (cardiologie, gynécologie, parasitologie, rhumatologie, psychiatrie, etc...).

La médecine populaire, que j'ai personnellement plaisir à nommer *médecine traditionnelle*, car l'appellation *traditionnelle* comporte une résonance ancestrale liée à la culture, aux coutumes, aux habitudes de vie, aux traditions d'une population, est à mon sens plus proche de celle qui caractérise justement toutes ces *autres* pratiques de guérison. On peut également les nommer : « *Parallèles, naturelles, douces, alternatives (autres), modernes, traditionnelles, populaires...* ».

D'ailleurs les concernant, une liste a même été établie et publiée par l'OMS <sup>18</sup> : Ces "médecines" font directement référence à la nature, ainsi qu'à l'équilibre des différentes forces la composant, qui indéniablement influencent directement ou indirectement la dynamique de vie des individus, notamment en termes de santé.

Elles renvoient dans une même mesure au domaine de *l'irrationnel*, du *symbolique* ou encore de *la magie* qui est à la source de la médecine traditionnelle et populaire. Elles opèrent en dehors des *lois scientifiques* et *religieuses* qui représentent les *principales lois de référence* des sociétés.

---

<sup>17</sup> Hollier-Larousse J. & Gillon E. & Ibos-Auge J. & Moreau C. et J.L. *Nouveau Petit Larousse*, Paris, Editions Librairie Larousse, 1968, p. 38

<sup>18</sup> OMS, *Médecine traditionnelle et Couverture des Soins de Santé*, p.p. 245-246)

Historiquement, les médecines parallèles sont largement antérieures à la médecine classique ou savante. Les personnages qui appliquaient de telles *formes de thérapie* ou de *formules thérapeutiques*, étaient des éléments essentiels dans l'organisation sociale et salutaire d'une communauté, ils s'appelaient selon leur origine, *les druides, les sorciers, les chamanes, les mages...*

Leur savoir ou plus exactement leurs "pouvoirs" *s'abreuvaient* à la *source de l'inexplicable, de l'irrationnel, du magique*, ils étaient en possession d'un *don de guérison* transmis par *tradition*.

Ils vivaient à l'écart de l'ensemble des autres et on leur attribuait *des vertus extraordinaires*, ils nourrissaient à la fois des *sentiments mélangés de peur, de respect et d'admiration* presque *sans limites*. Toutefois, dès la fin du Moyen-âge, en Europe notamment, ces pratiques traditionnelles faisant partie intégrante de la culture populaire, furent poursuivies et ceux qui s'en réclamaient furent cruellement torturés, châtiés et mis au banc, notamment au travers de procès *sanglants et retentissants*. Qui n'a pas entendu parler de *l'Inquisition*, des célèbres *chasses aux sorcières* et autres *bûchers* qui brûlaient tout ce qui ressemblait de près ou de loin à des *guérisseurs* non reconnus, ouvrant ainsi une *voie royale* à la *pratique médicale* qui donnera naissance *aux académies futures*. En France, c'est en « 1778 que la Société Royale de Médecine (se voit attribuer) *tous les pouvoirs par le roi* » en termes de pratique officielle et légale de *la médecine*. (sources in N. Farine et I. Plomb, 1993)

« *Les méthodes médicales naturelles* (dans leur juste emploi) *surpassent sans aucun doute tous les autres procédés thérapeutiques*, (leurs éléments agissant sur l'ensemble du mécanisme vital et fonctionnel de l'organisme humain) *de la façon la plus intense et l'on peut dire qu'elles cherchent à donner la santé en ranimant la vitalité profonde de l'être* ». (M.F. Collière, p. 53)

F. Laplantine (1978, p.p. 102-103) in (N. Farine et I. Plomb, 1993, p. 8) propose un classement de la *médecine populaire* selon quatre domaines évoqués ci-après :

- 1) *La pharmacopée populaire et la médecine empirique. Elle est composée de recettes à bases essentiellement végétales, mais aussi minérales et animales*
- 2) *Les dévotions aux saints guérisseurs, les pèlerinages....*
- 3) *Le recours aux pansements de secrets. C'est la guérison grâce à un don ou à un secret*
- 4) *Les leveurs de sorts et la sorcellerie...*

Selon F. Laplantine et P.L. Rabeyron (1987, p. 13) in (N. Farine et I. Plomb, 1993, p. 6) ces pratiques parallèles peuvent être différenciées selon un ordre spécifique :

- 1) *Diagnosticque*
- 2) *Thérapeutique*
- 3) *Diagnosticque et thérapeutique*

Selon cette classification, la place occupée par la médecine dite *populaire* en lien avec les pratiques de guérison se situe dans la classe *thérapeutique* :

« C'est dans la catégorie **thérapeutique** que nous trouvons les médecines populaires, médecines faites de "dons", de "**secrets**", de "**remèdes**" de bonne femme, de "**recettes**" de grand-mère, ... ». (J. Debons, 2003, p. 6)

Enfin, pour Benoist (cité par L. Pordier), ce concept « *s'inscrit apparemment dans un contexte social comprenant un ensemble d'éléments communs à une population* » (communauté). Cette notion de médecines traditionnelles, encore plus justement nommées *traditions de santé*, se réfère à une approche globale, réunissant les différentes médecines en termes de langages (répliques) que *l'homme a développés pour répondre aux maux* qui l'accablaient. Et selon cette conception, ce n'est que de la force issue de l'union de chaque individualité (complémentarité de toutes les formes de thérapie) que viendra le salut en termes de santé, car chaque *entité* prise séparément *ne peut posséder le contenu et l'efficacité* de l'ensemble (L. Pordier) :

« *Les traditions de santé sont au croisement des lignes de force de la société... Ainsi, pour panser le monde, les hommes ont dû penser des médecines qui sont "autant de langages nécessaires pour exprimer, à eux tous, un message qu'aucune ne possède tout entier"* (J. Benoist 1990) ». <sup>19</sup>

Avant de refermer cet aperçu des divers éléments de compréhension liés au vaste concept "médecine", j'ai envie de laisser à chacun le soin de réfléchir sur cette phrase relevée dans l'ouvrage de N. Fleury et d'y apporter la réponse personnelle qu'il ou qu'elle souhaitera :

« *La médecine, en analysant et disséquant toujours plus le corps, lui a d'une certaine manière enlevé une grande partie de son mystère. Des limites apparaissent quant à notre possibilité d'intervention sur ce dernier. Le recours à d'autres logiques, à des médecines différentes (traditionnelles, populaires,...) est actuellement toujours plus usité (...) L'espoir appartient à l'univers du mystère et non à celui qui ne laisse aucun doute* ». (N. Fleury, 1994, p.p. 78 et 79)

### 3.3.1 Hygiène et soins populaires

Pour introduire ce domaine d'importance, j'ai choisi un extrait de texte traitant d'hygiène populaire et datant du début du 20<sup>ème</sup> siècle, plus précisément de 1909. Cette courte citation démontre bien que ce qui était valable il y a plus d'un siècle en termes d'hygiène élémentaire comme facteur principal du maintien d'un bon état de santé, l'est également aujourd'hui et peut-être plus encore, en regard des nombreux éléments qui y font obstacle. Je pense notamment aux diverses pollutions environnementales, mais aussi aux conditions fréquentes de stress psychologique, issues le plus souvent d'une course effrénée pour aller plus vite, mais sans savoir vraiment où et dans quel but, tout comme le désir de réaliser des profits généralement aberrants, car déclencheurs d'importantes perturbations personnelles et/ou humaines. Ici, la responsabilité de chacun dans le maintien de sa santé est engagée et tous les

---

<sup>19</sup> Benoist J. *L'efficacité thérapeutique : entre le biologique et l'anthropologique*, La revue du Praticien, No 29, 1990 cité par Pordier L. *Diversité des traditions, pluriel des médecines*, 2001, Introduction, p. 1 de 3 in (<http://www.nomadrsi.org>) « Introduction aux traditions médicales »

individus peuvent participer (démarche d'empowerment)<sup>20</sup> à cet objectif salubre par des actions simples et élémentaires :

*« Pour encourager l'emploi des moyens naturels, et indiquer leur utilité dans la lutte contre la maladie, divers ouvrages ont été écrits ; mais la plupart étaient dédiés aux praticiens. Depuis une vingtaine d'années seulement l'importance de la question et ses rapports directs avec le bonheur et le malheur de l'humanité ont engagé le public à réclamer des informations sur ce sujet. Une ère nouvelle s'est ouverte devant les personnes intelligentes et réfléchies, qui appréciant les bienfaits d'une bonne santé, désirent se conformer aux lois de l'hygiène pour la conserver ou pour se guérir réellement ».*<sup>21</sup> (sic.)

Afin de mieux cerner le chemin parcouru par ces moyens thérapeutiques simples et naturels, de tous temps mobilisés par l'être humain dans le but d'améliorer et de maintenir sa santé, voici en complément quelques notions historiques, qui s'articulent autour de trois éléments de base dans leurs diverses utilisations, l'eau, l'air et le respect d'une bonne alimentation :

*« Hippocrate, qu'à juste raison on a appelé « le père de la médecine » indiquait déjà les résultats effectifs de l'eau, de l'air et d'une alimentation raisonnée (...) Il est également bien connu que déjà dans les temps les plus reculés, les peuples civilisés attribuaient une grande vertu aux soins du corps, bains de lumière, massages, soins de l'épiderme (peau) et aux exercices corporels. Les anciens romains utilisaient les terrasses de leurs maisons pour les bains de lumière et de soleil, dont ils faisaient un large emploi dans les jours de santé, comme de maladie ».*<sup>22</sup>

Et enfin, quelques exemples du bon usage de l'eau, de l'air, tout comme d'autres remèdes, décrits et appliqués entre les 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> siècles, tous tenus en grande estime par V. Priessnitz (pâtre et médecin naturaliste allemand du VII<sup>ème</sup> siècle) : *« Lavages, affusions, douches, enveloppements...entraînements méthodiques, régime alimentaire sévère et bien adapté, bains d'air et de lumière... »*.

### Soins populaires

Les personnes qui pratiquent les soins populaires, sans en faire officiellement et publiquement profession, possèdent une connaissance en matière de santé, le plus souvent issue d'un savoir empirique, acquit ou reçu en dehors de tout enseignement habituellement reconnu. Ces méthodes thérapeutiques ont été transmises oralement, plus rarement au moyen de notes écrites, d'une génération à l'autre et communément au sein d'une même famille ou d'un même groupe social. Les pratiques de guérison qui en font partie et que j'ai choisies de traiter, remèdes, vieilles recettes et secrets, s'inscrivent également dans le vaste domaine des soins populaires ou traditionnels, et à ce propos, J. Debons souligne la relation que l'on peut établir entre soins populaires et

---

<sup>20</sup> Définition dans *Glossaire* sous *Annexe 1*)

<sup>21</sup> De Forest P.A. (Dr diplômé de Université de Cincinnati / E-U), *Mon médecin, manuel à l'usage des Familles*, Genève, Editions Société Internationale de Traités, 1909, préface

<sup>22</sup> Kienzler E. *Médecine et hygiène populaires à la portée de tous*, Lausanne, Editions Vitas (Vème), année ?, p. 49

traditions médicales, s'inscrivant tous deux comme antérieurs à l'arrivée des premiers médecins officiels :

« Le terme de "soins populaires" fait référence à des traditions médicales qui ont prévalu durant des siècles avant l'apparition du médecin. Elles forment la réponse spontanée et éprouvée que la population rurale d'alors avait élaborée pour pallier aux maladies et aux dangers de la vie quotidienne. Elles englobent une grande variété de savoir-faire et sont constituées de pratiques largement hétérogènes, chacune étant prise en charge par un personnage différent : **guérisseur** empirique, **rebouteux**, **radiesthésistes**, **herboriste**<sup>23</sup>, autant de thérapeutes qui s'occupent des maladies quotidiennes ». (J. Debons, 2003, p. 18)

De même en lisant le livre d'A. Vega, j'ai eu l'agréable surprise de découvrir plusieurs éléments spécifiques en lien avec les soins populaires et qui apparaissent dans son ouvrage comme dans mon travail, sous les mêmes dénominations :

« Ainsi, les soins populaires désignent les remèdes familiaux « les recettes de bonnes femmes » - souvent bribes de prescriptions qui furent aussi dans le passé, celle de la médecine savante - qui continuent d'être utilisés aux côtés des recours bio médicaux ». (A. Vega, 2001, p.140)

J'ai également retrouvé ces mêmes appellations, complétées par celle concernant la pratique du secret dans les autres travaux, notamment ceux de N. Farine et I. Plomb, ou J. Debons ou encore N. Fleury, que j'ai utilisés comme base de référence.

Je l'ai dit auparavant, il est difficile de parler de pratiques populaires de soins sans évoquer les notions de soins *traditionnels* et de médecines *naturelles*, j'ai donc trouvé intéressant de mettre en évidence les différences que l'on peut constater entre ces divers éléments et ce qu'A. Vega nomme la *bio médecine*, également appelée *médecine savante* par N. Fleury, ou encore *médecine scientifique* par J. Debons, celles-ci se rapportant bien entendu à la médecine officielle.

En effet, A. Vega souligne en citant une phrase de Bernard et Foucault, que la bio médecine s'attache plus à l'aspect curatif de la maladie plutôt qu'à ses causes et qu'ainsi : sa *compétence* n'est plus *d'analyser comment* une maladie *peut survenir* et qu'elle en est *son origine* (...) ce que vont par contre proposer prioritairement "la médecine et les soins populaires", mais *comment la soigner*, mouvement quasiment inverse de celui des thérapies naturelles comme des pratiques populaires de soins :

« Basée sur la méthode scientifique expérimentale, (la bio médecine) appréhende essentiellement l'aspect curatif de la maladie (...) Historiquement, la bio médecine a séparé ses domaines de compétences de ceux de la religion, de la philosophie et de la famille, en s'attribuant progressivement un territoire propre de plus en plus étendu et spécialisé ». (J. Bernard, 1995 et M. Foucault, 1963) in (A.Vega, 2001 p. 49)

Le tableau ci-dessous présente quelques dénominations symbolisant la différence entre ces deux systèmes de soins, biomédicaux et traditionnels.

---

<sup>23</sup> Définitions dans *Glossaire* sous *Annexe 1*)



## Bio médecine

To cure  
Pathologies  
Monopole  
Médicalisation du corps social  
Soustractif

## Soins "traditionnels"

to care  
maux  
partage  
médicalisés  
additif

Une approche anthropologique et sociale de ces deux "systèmes" a ceci d'intéressant, qu'elle montre que ce qui est valable chez nous, en Occident (priorité donnée à la médecine scientifique) peut être appréhendé différemment dans d'autres cultures (reconnaissance de la médecine naturelle et des soins populaires en complément d'autres pratiques médicales), en *Afrique* ou en *Amérique latine* par exemple et à ce propos, j'ai notamment relevé les deux points suivants, en termes de différences majeures : « *Dans de nombreuses sociétés, les domaines et les compétences développés par la bio médecine sont complémentaires d'autres savoirs. Les compétences des médecins sont reconnues pour traiter certaines maladies, mais également les compétences d'autres personnes, spécialisées dans les soins quotidiens ou le traitement d'autres maux. En conséquence, des « tradipraticiens », des « religieux », des proches du soigné interviennent plus officiellement et activement dans l'élaboration des diagnostics et des traitements* ». (A. Vega, 2001, p.p. 47-48)

Pour ma part, je pense que nos professionnels "médicaux" pourraient s'enrichir de cette approche en admettant d'élargir à d'autres pratiques de soins, celles qui leur sont déjà officiellement reconnues, mais ceci n'est peut-être pas encore d'actualité aujourd'hui !

Faire partie d'une structure sociale, d'une culture, implique presque nécessairement pour les individus qui la composent, d'élaborer, puis de s'identifier et de pouvoir se référer à des habitudes de vie, à des croyances, à des coutumes, ainsi qu'à des valeurs propres à leur groupe déterminé et qu'en termes de soins, *les différents systèmes* qui s'y rapportent, leur permettent de bénéficier d'une application adéquate de l'éventail des pratiques thérapeutiques potentiellement mobilisables pour le maintien de leur santé. Tout ceci me permet de relever ici un point essentiel, la dimension *sociale* des soins, qui est également exprimé par le Haut Comité de la santé Publique en ces termes :

« *La santé est un phénomène social autant qu'individuel. En effet, toute société donne forme et contenu à la maladie, que ce soit à travers les représentations des individus ou les conceptions développées par certains groupes ou par la société entière, à travers les institutions de soins ou de prise en charge, enfin, à travers l'état et le développement du savoir et des connaissances médicales, scientifiques et techniques, eux-mêmes sous l'emprise du social. Ces considérations impliquent de prendre en compte la santé et la maladie, non seulement comme l'état d'un corps individuel, mais comme un phénomène inscrit dans les pratiques et les discours de la société toute entière* ». <sup>24</sup>

Pour M.F. Collière également, les actions soignantes en lien avec le maintien de la vie, s'inscrivent dans une *dynamique sociale* et non comme un *fait isolé*. Ainsi, la *dimension sociale* fait partie intégrante du processus de soins qui pour

---

<sup>24</sup> Haut Comité de la Santé Publique, *Stratégie pour une politique de santé*, Rennes, Editions ENSP, 1992

être mené à bien, devra intégrer tous les éléments le composant, qu'ils soient biologiques, psychologiques, mais aussi environnementaux, sociaux ou culturels / spirituels et ce n'est qu'en tenant compte de cet ensemble de paramètres, que le soignant et le soigné, pourront dans un partenariat dynamique, bénéficier l'un et l'autre d'une démarche soignante adéquate, efficiente et de qualité :

« ..Pour être ré envisagé dans sa signification initiale qui n'est autre que celle de promouvoir la vie et par là, de discerner ce qui valorise ou entrave le développement de la vie, soigner ne peut être un acte isolé, coupé de toute insertion sociale (...) Soigner est un acte social qui n'atteint son achèvement que s'il prend en compte un ensemble de dimensions sociales ». (M.F. Collière, 1982, p. p. 333-334)

### 3.3.2 Certaines pratiques traditionnelles de soins régionales

En parlant des soins populaires, je peux dire que tout au long de mon cursus d'études en soins infirmiers, j'ai tout naturellement établi des liens entre ceux-ci en termes notamment de pratiques traditionnelles de guérison que je connaissais et les pratiques du domaine spécifique que j'étudiais. Ceci fut particulièrement vrai lors des périodes de formation en stages, comme cité plus haut et durant lesquelles, j'ai eu à maintes reprises l'occasion d'observer et d'identifier, l'utilisation de tout ou partie de certains de ces soins traditionnels. Je précise de suite, que dans ce cadre-là, ce sont plutôt les clients qui les utilisaient pour eux-mêmes et non les professionnels des soins qui les mobilisaient pour leurs patients. Selon moi, ce fait est principalement dû au souci des soignants, en général, de respecter au plus près, les prescriptions médicales ordonnées, afin d'éviter des sanctions disciplinaires qui pourraient porter professionnellement à conséquence (ceci m'a été confirmé lors des entretiens organisés avec les cadres des soins infirmiers) !

Au début de mon mémoire, je me suis intéressé à un texte datant de la fin du siècle passé *Grimoire secret*, qui a été écrit par l'Abbé G. Schindelholz, lui-même habitant et ayant exercé à Fahy, petit village situé au cœur de l'Ajoie entre la ville de Porrentruy et le territoire de Belfort (Fr).

Lorsque je me suis posé la question de savoir quelles pratiques populaires de guérison en lien avec les services de soins à domicile, je souhaitais traiter dans mon travail, j'ai immédiatement pensé à en lister les plus significatives<sup>25</sup> dans cet ouvrage de référence, puisque ces dernières, si elles ont été largement utilisées par le passé, le sont encore aujourd'hui, du moins pour certaines d'entre-elles.

J'ai donc tout d'abord choisi la plus connue, répandue et mobilisée dans cette région, celle qui consiste à *faire le secret* et à laquelle j'ai d'ailleurs moi-même eu recours à plusieurs reprises depuis mon enfance.

Etant entendu que la *connaissance populaire* régionale en relation avec les soins familiaux ne se limite pas à la seule pratique du secret, mais va bien au-delà, et comme je souhaitais traiter plusieurs pratiques de guérison, me permettant d'investiguer plus largement les connaissances des professionnels

---

<sup>25</sup> Répertoire dans *Glossaire* sous *Annexes 2*)

que j'allais interroger, j'y ai ajouté par la suite, quelques *remèdes* et *vieilles recettes* de famille qui ont également traversés les siècles, depuis le Haut Moyen-âge (15<sup>ème</sup> siècle) jusqu'à nos jours.

## Le Secret

Comment en parler sans risquer de tomber dans le piège d'une approche "folklorique" ?

« *Quand la campagne se couvrait de neige, certains endroits reculés devenaient inaccessibles. Recourir au médecin était quasiment impossible. Les gens faisaient dès lors appel aux "guérisseurs" et faiseurs de secrets du village* ». (<http://www.lagruyere.ch/archives/2005/05.11.08/gruyere.htm>, p. 2)

Belle métaphore, j'en conviens et qui sent si bon le mystère !

Lorsque j'ai voulu en savoir plus sur cette pratique mystérieuse et ancestrale, j'ai été moi-même étonné de ne pas véritablement rencontrer de réelles difficultés, ce que N. Fleury relevait également : « *Malgré ce milieu où règne l'obscurité, je n'ai jamais eu de problème à rencontrer des " faiseurs de secrets"* ». (N. Fleury, 1994, p. 34)

Il est vrai que cette pratique est restée et reste encore plus ou moins sciemment cachée et donc mystérieuse, comme si "on" voulait jalousement la protéger, car faisant partie du patrimoine culturel et identitaire de ces régions ! Pour ma part, je pense que cette condition particulière lui permet en effet d'exister encore aujourd'hui, certainement comme au premier jour.

Mais alors, de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque la pratique du secret ?

Pour tenter d'apporter une réponse à cette question, je me suis inspiré de l'exemple *socratique*, soit *répondre à une question par une autre question* et j'ai trouvé un élément de réponse justement dans l'ouvrage de référence : « *Ce secret, quel est-il ? S'agit-il réellement d'un pouvoir reçu, pouvoir à l'action efficace, qui opère d'une façon déconcertante dans certaines maladies qui n'ont pas encore trouvé un remède satisfaisant, telles que, l'eczéma, les hémorragies, les entorses, etc... ? (...)*

*Le fait que des représentants du monde médical, impuissants devant certaines affections malignes, ont recours parfois à des personnes qui font le secret, dit assez l'efficacité de ces dernières* ». (G. Schindelholz, 1983, p.p. 145-146)

Sur son origine exacte, il flotte un voile qu'il est difficile de lever, toutefois plusieurs explications ou hypothèses sont envisageables et même si les sources diffèrent quelque peu, leurs auteurs sont à quelques détails près, tous d'accord sur sa genèse, en voici quelques-unes :

« *Il existe de très nombreux dires, récits et légendes à propos de l'origine du secret, mais aucun d'eux n'a la prétention d'être exact* ». <sup>26</sup>

« *La date exacte est difficilement repérable précisément et en reste à l'état d'hypothèse (...)*

---

<sup>26</sup> Farine N. et Plomb I. « *Le secret* » Dans le Jura, quelle collaboration existe t'il entre infirmières et Faiseurs de secrets ?, Travail de diplôme en soins infirmiers, Lausanne, Ecole Cantonale de Soins Infirmiers de Chantepierre, 1993, p. 12

*Cette thérapie populaire a traversé les âges sans qu'elle se perde dans l'oubli* ». (J. Debons, 2003, p. 7)

On voit bien ici que les chercheurs qui se sont penchés sur le sujet se sont heurtés aux mêmes difficultés concernant sa provenance. Toutefois, chacun d'eux a apporté l'explication qui lui semblait être la plus plausible :

*« Elle aurait une origine pré chrétienne et, au cours des siècles, se serait transformée et adaptée aux différents contextes culturels de la société »*.  
ibid. (J. Debons, 2003, p. 29)

*« Les secrets viendraient des druides. Les formules auraient été réadaptées avec la religion catholique, pour qu'elles ne disparaissent pas avec l'Inquisition. Les premières sources écrites remontent au Moyen Age, dans les comptes rendus des procès de sorcellerie »*. ([www.Lagruyere.ch](http://www.Lagruyere.ch), 2005, p.2)

*« Nous sommes favorables à l'idée que l'origine du secret remonterait au moment où Jésus Christ a transmis ses Dons à ses disciples. Nous croyons que ses disciples ont guéri par des prières. Ces prières se sont ensuite transmises et ont pris la forme d'un secret »*. op. cit. (N. Farine et I. Plomb, 1993, p. 12)

Mais finalement, peu importe la véritable source du secret, le fait est qu'il fait référence à la Foi, donc est probablement apparu dès les prémices de l'ère chrétienne ou peu avant et que sa pratique est concrétisée au travers de prières et d'incantations à *« but thérapeutique »*. Faire le Secret consiste presque exclusivement à : *« réciter des prières (formules) qui s'adressent à Dieu ou aux saints, ou encore à La Vierge Marie »*.

Ainsi, *faire le secret* implique un mouvement dynamique *« transcendantal »* si je peux m'exprimer ainsi. Il est en quelque sorte une *« force venue d'en haut »* dans un *« mouvement vertical, issu directement de Dieu »*. (extraits des propos de G. Schindelholz, oct. 2007)

Initialement, ceux qui faisaient le secret étaient principalement des religieux, moines et curés. Nous pouvons constater qu'au Moyen-âge, la référence aux saints guérisseurs était fréquente : *« L'appel aux saints guérisseurs était une méthode de guérison dans laquelle les gens avaient placé leur confiance (...) le peuple invoquait les saints pour soigner les maladies dont il souffrait »*.

Par exemple : *« A Sainte Claire (chapelle des Genevez) était attribuées les guérisons en lien avec les maux de la vue, à Saint Symphorien les maux de ceux qui venaient l'implorer dans la chapelle (près de Courtemaîche), sans oublier La Sainte Vierge »*. (N. Fleury, 1994, p. 23)

Cette référence aux Saints dénote également l'influence de la religion catholique dans la pratique du secret : *« La formule est basée sur la religion catholique et elle fait appel aux saints guérisseurs. Les martyrs en particulier »*. (Mme V.) in ([www.Lagruyere.ch](http://www.Lagruyere.ch), 2005, p.1)

Ou encore et parlant du Jura : *« Ce coin de pays demeure encore attaché à la tradition chrétienne, à la vieille catholicité empreinte d'un mélange de superstitions »*. op. cit. (N. Fleury, 1994, p. 26)

Puis le témoin fut passé aux paysans qui longtemps ont représenté

prioritairement la population possédant le secret. Actuellement et bien que plusieurs descendants de ces familles soient encore principalement issus de ce milieu agricole, l'éventail et la provenance des personnes qui détiennent le secret s'est considérablement élargi.

Pour en revenir à l'expression de la pratique du *secret*, j'ai pu constater que les incantations ou prières effectuées sont le plus souvent accompagnées de gestes définis comme le signe de croix ou d'autres encore. Les problématiques auxquelles s'adresse cette pratique sont nombreuses et diverses et vont de *l'eczéma* (complications cutanées...) aux *hémorragies*, en passant par les *verrues*, *brûlures*, *entorses*, *piqûres d'insectes*... sans oublier l'application à des pathologies d'ordre *psychiques*, les *maux de tête*, *migraines*, *nerfs*, *douleurs anxieuses*, *stress*...

Toujours selon M. l'abbé, les *faiseurs de secrets*, requièrent et bénéficient d'un certain charisme, du grec : grâce et que ce charisme peut être perçu comme un « *don de Dieu* » à « *une ou des personnes pour l'édification d'une communauté* ». (selon G. Schindelholz, oct. 2007)

Et ici apparaît une notion supplémentaire en relation directe avec le secret, le *Don*. En effet, avoir *reçu* la possibilité de "faire le secret" est considéré comme un don divin : latin *donum*, avoir le don : « *aptitude à une chose* ». (Larousse, 1968, p. 289)

Pour M. C. (faiseur de secrets) qui cite l'abbé Julio (1988, p. 14), *les dons sont bien réels et présents et sont parmi d'autres éléments*, en relation directe avec les pratiques ancestrales de guérison :

« *Les dons existent véritablement...C'est l'Evangile qui nous le dit. Comme nous avons une mission qui s'accomplira à son heure, Dieu nous a donné la faculté de guérir ceux qui souffrent, quand tout espoir semble perdu* ». (citation de l'abbé Julio, 1988, p. 14, par M. C) in (N. Farine et I. Plomb, 1993, p. 12)

Dans son utilisation dynamique en lien avec les pratiques de soins, le don s'inscrit au sein même du processus relationnel et selon J. Debons, citant D. Friedmann le client en deviendrait l'élément principal, parce que *déclencheur* de son application : « *Dès lors, il propose (le guérisseur) une conception dynamique du "don", lequel serait suscité par le patient chez le guérisseur, qui, à chaque consultation, doit se mettre en état de le recevoir (...)*

*Le "don" est ainsi un "processus relationnel" dans lequel le patient est un auxiliaire (...) acteur indispensable. Il n'existe que si quelqu'un, en face du guérisseur, le reconnaît, en devient le bénéficiaire* ». <sup>27</sup> (D. Friedmann *Les guérisseurs*, Paris, Cordes, 1979) in (J. Debons, 2003, p. 16)

Ce regard, je l'ai également retrouvé chez C. Marin Blondel qui en citant également D. Friedmann et se plaçant toujours du point de vue du thérapeute, précise à propos du *don* du guérisseur :

« *Le don du guérisseur, réside selon Friedmann, dans une conception dynamique. C'est face au malade qu'il lui viendrait (au guérisseur), le don de faire telle ou telle parole. Le don est ainsi défini comme un processus*

---

<sup>27</sup> Friedmann D. *Les guérisseurs*, Paris, Cordes, 1979

relationnel caractérisé par une dynamique d'échange...». (D. Friedmann, 1979)<sup>28</sup>

N. Fleury chez qui, j'ai trouvé une position qui a également retenu mon attention, en ce sens qu'ici le concept de *don* est fragmenté en deux parties distinctes, l'une, le *don en soi* et l'autre, le *don de soi*.

En effet, l'expression "don en soi" : «... est assimilée par les "faiseurs de secrets" à une force que Dieu leur aurait donnée dans le but de soigner leurs prochains... (médiateurs d'un autre monde)... Le don est ainsi moins une propriété personnelle qu'une délégation... ». (in N. Fleury, 1994, p.p. 46 et 50)

Et l'expression "don de soi" : «... est associée "par les FdS" à la charité, (vertu qui consiste dans l'amour de Dieu et du prochain), envers leurs prochains...».

Enfin, cette notion implique également, comme me le soulignait M. l'abbé, que : « ce qui est donné, ne peut être que donné ».

La pratique du secret est donc gratuite et le fait de "faire le secret" n'autorise en aucun cas de recevoir une quelconque compensation financière en retour. D'ailleurs, Le Nouveau Testament dit aussi à ce sujet :

« Guérissez les malades, leur dit Jésus, ressuscitez les morts, purifiez les lépreux, chassez les démons : vous avez reçu gratuitement, donnez gratuitement ». (L. Second Nouveau testament, Evangile selon St Matthieu, chapitre X, verset 8)

Pour terminer cette partie consacrée au secret, j'ai noté que l'on peut se fournir une liste des *faiseurs de secrets* associée aux diverses problématiques qu'ils traitent au moyen de leur pratique et qui est disponible auprès de l'administration cantonale jurassienne à Delémont, sous réserve d'une demande écrite, adressée directement au greffe du tribunal cantonal qui est seul habilité à délivrer l'autorisation requise. Je précise que j'ai renoncé à me procurer cette liste, car elle n'était pas de première importance pour moi, vu que j'ai également souhaité dans mon travail, traiter deux autres pratiques traditionnelles de guérison, parallèlement à celle du secret et dont la plupart figure encore à l'annuaire des thérapies populaires identifiées à ce jour.

### Quelques remèdes de famille et vieilles recettes de "grand-mère"

L'utilisation de certains remèdes, comme les *bains de pieds* dans une *décoction de frêne et de sureau*, les *emplâtres de bouillon blanc*, les *feuilles de chou dénervées*, puis *hachées* et appliquées sur les *thromboses*, les *gousses d'ail* disposées à des endroits déterminés pour éloigner "*le malin*" et sur les *corps aux pieds*, etc..., est largement répandue au sein de la population et une grande partie des habitants en connaissent la majorité.

Quant aux vieilles recettes, parmi lesquelles le *jus de poireau exprimé*, le *miel* contre les *insomnies*, l'*eau de chaux* en *désinfection*, les *macérations d'huile d'olive*, etc..., elles sont également encore très prisées de nos jours et sont directement liées aux domaines de la naturopathie (utilisant des moyens thérapeutiques naturels) et de la phytothérapie (extraction et application des principes actifs des plantes). Une juste utilisation de ces

---

<sup>28</sup> In (Marin Blondel C. *Contribution à l'étude des guérisseurs et de la relation de soins* (enquête auprès des guérisseurs), Thèse pour l'obtention du grade de docteur, sous la direction du Pr. Salem, Lausanne, Institut de médecine, 1991, p. 21)

préparations requiert entre autres compétences, la connaissance des éléments actifs qui les caractérisent et que l'on peut trouver sous forme de substances naturelles contenues dans telle ou telle plante régionale, de même que leur mode d'action (dynamique) sur les différents organes du corps, ainsi que de leur distribution dans l'organisme (cinétique) et enfin, de leurs différentes formes galéniques (liquides, gélules, infusions, décoctions, macérations...).

Leur utilisation réclame encore de *maîtriser des habiletés* en termes d'extraction des principes actifs, de stockage des substances obtenues et surtout de mélanges à effectuer ou au contraire à éviter, en fonction des interactions possibles entre les différents éléments actifs.

Tout ceci interdit bien évidemment à tout un chacun *d'user de ces pratiques naturelles*, sans avoir acquis au préalable de solides connaissances en lien avec leur utilisation à finalité thérapeutique et il s'agit pour *les tradipraticiens qui travaillent avec ces moyens de disposer* d'une solide « pharmacopée populaire »<sup>29</sup> (classification) et surtout de savoir s'en servir à bon escient.

Les remèdes et vieilles recettes issus de ce que l'on peut appeler *la médecine populaire*, s'inscrivent dans une dynamique de *transmission horizontale*, attachée par ce mouvement à la terre, elles se trouvent *dans la nature*, contrairement aux secrets pour lesquels cette même *transmission* s'effectue *verticalement*, directement en lien avec *Le Divin*. (selon G. Schindelholz, 1983)

J'ai également découvert avec étonnement, au travers de mes lectures et des rencontres faites, que certaines unités de médecine, de chirurgie, de services d'urgence... de grands hôpitaux romands, faisaient appel à ces *guérisseurs* et à leur pratiques traditionnelles de soins, principalement celle consistant à *faire le secret*, même à distance et ceci principalement lorsque les thérapies classiquement et habituellement appliquées s'étaient avérées inefficaces :

« *Certaines personnes appartenant au corps médical n'hésitent pas à faire appel au "secret" lors de situations particulières.*

*Comme le notaient deux infirmières ayant étudié le sujet : "Les infirmières et médecins ont recours aux faiseurs de secrets dans des cas "désespérés" (hémorragies, brûlures) sans demander l'avis du patient. Le numéro de téléphone d'une faiseuse de secrets est affiché (sur la même liste que le numéro de téléphone du médecin chef...) dans le service de soins intensifs de l'Hôpital de Porrentruy ».* (N. Farine et I. Plomb, 1993) in (N. Fleury, 1994, p. 76-77)

« *L'hôpital Cantonal Vaudois (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), plus particulièrement le service du Pr. R. Q. au sein de l'unité des grands brûlés du CHUV ».* (selon Mme A. Les Emibois, oct. 2007)

« *Par l'intermédiaire des aides-soignantes, le "secret" a fait son entrée à l'hôpital. Pour vérifier cette hypothèse qui fait l'objet d'une rumeur très répandue en Valais mais aussi dans d'autres cantons, je me suis rendu à l'Hôpital de Sierre (...)*

*J'ai retrouvé un article qui montre une infirmière "en action" (au téléphone), après l'arrivée d'un grand brûlé au service d'urgence (réf. "Une nuit au cœur*

---

<sup>29</sup> Laplantine F. et Rabeyron P.L. *Les médecines parallèles*, Paris, Que sais-je, Presses Universitaires de France, 1987 in (Farine N. et Plomb I. 1993)

des urgences", *Journal de Sierre*, 15 mars 2002).

*L'infirmière en chef du service m'a confirmé cette information* ». (J. Debons, 2003, p.p. 46-47)

« *L'hôpital de Riaz a mon numéro, indique Monsieur M. Ils m'ont déjà appelé plusieurs fois pour soulager quelqu'un qui s'était brûlé* ». ([www.lagruyere.ch](http://www.lagruyere.ch), 2005)

Ainsi que dans d'autres grandes structures connues, les *Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)*, de *Bâle* et de *La Chaux-de-Fonds* qui font également et régulièrement appel à certaines pratiques de guérison. (Mme A. Les Emibois, oct. 07)

Concernant l'efficacité de ces pratiques populaires de soins, il ne m'appartient pas ici de me prononcer, toutefois plusieurs hypothèses sur les résultats thérapeutiques obtenus en lien avec leur application peuvent être avancées : (sources in N. Farine et I. Plomb, 1993) :

- la *piste mystérieuse* ou *psychologique*, ou encore *psychosomatique* rattachée à la volonté du patient de vouloir guérir, l'être humain étant *un ensemble* formé d'un *corps*, d'un *esprit* et d'une *énergie propre* !
- L'explication liée à un *effet placebo*, qui peut également se rencontrer dans l'application de divers traitements médicamenteux !
- Toutes les interprétations se rapportant aux domaines, de la *Foi* et de la *croyance* "ça marche si l'on y croit" (souvent mentionnées) !
- *L'alliance* thérapeutique entre le client et son soignant incluant des paramètres tels que la bonne *compréhension*, l'information adéquate ou la *confiance* réciproque (facteurs qui ressortent également dans les éléments relationnels mis en évidence chez les personnes interrogées) !

Concernant plus particulièrement les résultats attribués à la pratique du secret, il semblerait qu'ils soient *positifs* dans près de *deux tiers* des situations, mais ceci reste bien entendu invérifiable concrètement.

### 3.4 Les soins infirmiers (historique)

« *Infirmière* vient d'*Enfermière* = *mauvais, malsain* (terme issu du langage ecclésiastique)<sup>30</sup>

Que disent les références historiques à propos des soins infirmiers<sup>31</sup> :

« Le 14<sup>ème</sup> siècle marque le déclin des institutions sanitaires médiévales que sont les « maisons - Dieu » ou les « hôtels – Dieu (...) (principaux lieux dans lesquels les soins aux malades étaient dispensés). Celles-ci étaient dirigées par des communautés « en général mixtes » (Guy 1980 : p. 246) qui étaient chargées, conformément à la doctrine dite des « sept œuvres de miséricorde corporelle », de nourrir, abreuver, accueillir, vêtir, soigner, visiter les nécessiteux, ainsi que d'ensevelir les morts (Guy 1980 : p. 241)

Ouvert en 1545, le Concile de Trente est à l'origine d'un renouveau de l'activité soignante d'inspiration religieuse, dont il transforme toutefois profondément les

---

<sup>30</sup> Nadot M. *Introduction à l'épistémologie des pratiques de soins*, HES-SO FR, février 2005, in (HEdS-Arc, module 211, Cycle II, p. 9)

<sup>31</sup> Tiré de : Godet P. *La construction sociale de l'activité soignante*, Lausanne, Editions Réalités sociales, 2002, p.p. 28-41 in (HEdS-ARC, module 121, semestre 3, Cycle I)



*bases. En effet, il ne retient pas la spiritualité de la doctrine des sept œuvres de miséricorde, car en servant le pauvre, il ne s'agit plus maintenant de servir le Christ, mais plutôt d'en imiter la charité* (Guy 1980 : pp. 251, 254, 256)

*En outre, il substitue les congrégations religieuses aux communautés mixtes, dont l'existence est courante au Moyen Âge. Avec elles, la dispense des soins infirmiers se présente désormais comme une tâche presque exclusivement féminine* ». (Fritschi, 1990, pp. 57-59)

Ce bref voyage dans l'histoire permet de constater qu'un changement d'orientation dans les tâches soignantes, est apparu très tôt (14<sup>ème</sup> siècle). Les pratiques des communautés dévouées à ce genre d'activités, s'articulaient autour des soins de première nécessité dispensés principalement dans des institutions telles que l'Hôtel Dieu des Hospices de Beaune, situé en Bourgogne voisine (d'ailleurs un magnifique complexe, notamment une salle médiévale dans laquelle étaient dispensés les soins aux malades, merveilleusement restaurée et donc à visiter absolument pour qui s'intéresse aux soins en général et infirmiers en particulier).

Si dès le 16<sup>ème</sup> siècle, ce qui deviendra l'*activité infirmière* était principalement réservée *aux femmes* et exercée par elles, il n'en demeure pas moins que ces dernières restaient en relation directe avec les *ecclésiastiques* dont elles dépendaient le plus souvent et qui étaient presque exclusivement des *hommes*. Une période nouvelle dans la conception des soins s'ouvrait suite au Concile, à l'origine de ce renouveau, et dès lors : *les pratiques soignantes ne cessèrent d'évoluer d'importante manière au sein des communautés nouvellement créées* et qui, pour quelques-unes d'entre-elles virent même des hommes faire œuvre de charité : « A la suite du Concile de Trente, on assiste en France à la création d'un grand nombre de communautés nouvelles. Du côté masculin, citons les congrégations des « Frères de la Charité » et des « Clercs réguliers ministres des infirmes », créés en 1572 et 1586. Du côté féminin, la congrégation des « Filles de la Charité » est fondée par saint Vincent de Paul (1576 – 1660) et Louise Legras en 1634 (Bischoff, 1984, p. 22).

*Plutôt que la clôture, saint Vincent préfère pour ses sœurs le dévouement total aux pauvres.*

*La congrégation présentera bientôt le contingent de soignantes catholiques le plus fort* ». (P. Godet, 2002, p. 29-30)

La *congrégation* est une communauté différente de celle de l'ordre, notamment du fait qu'elle est moins austère. Ces membres prononcent des vœux *simples* contrairement à ceux faisant partie d'un ordre pour lesquels les vœux prononcés sont *complets* (*pauvreté, chasteté et obéissance*). A cette époque, les congrégations réunissaient pratiquement l'ensemble des femmes soignantes *religieuses et catholiques*.

Ce sont les *maisons mères (dépendantes du diocèse)* qui fournissent les *institutions hospitalières en religieuses soignantes* (Pfluger, 1929 : 47-50).

A la révolution française (1789), le domaine des soins était encore l'apanage de la communauté religieuse. Les soins s'adressent au « *corps souffrant, assimilés à celui du Christ sur la croix...* (de ce fait)... *les soignantes sont pauvres car elles sont les amies (proches) du Christ* ». (in N. Farine et I Plomb, 1993)

Il fallu attendre la fin de cette époque de bouleversement (fin du 17<sup>ème</sup> siècle) qui toucha tous les niveaux de la société *civile, militaire et religieuse*, pour que

les *Congrégations religieuses* en France soient interdites. (Guy, 1980, p. 256)  
Enfin, plus tard, soit au début du 19<sup>ème</sup> siècle, reconnaissant que Les *Filles de la Charité* étaient indispensables au sein des institutions hospitalières de l'époque : « *le ministre de l'intérieur octroya des fonds à leur Congrégation* » permettant ainsi à ces religieuses de continuer *leurs activités soignantes* et de *former des élèves*. (P. Godet, pp. 29-30)

### 3.4.1 Les soins réguliers en Suisse

Dans le pays, au début du 19<sup>ème</sup> siècle, on ne comptait pas de congrégations à proprement parlé. Les soins étaient assurés par des communautés religieuses telles que les « *Spitalschwestern des HI Martha* » les sœurs hospitalières de sainte Marthe, qui œuvraient principalement à Porrentruy (Jura) à Sion (Valais) ou encore Fribourg, etc... .

Il fallu attendre le milieu du 19<sup>ème</sup> pour que soit fondée en 1830 par L. Blum à Baldegg, « *Les sœurs de la Divine Providence* », qui constitueront la première congrégation suisse, qui ne sera active dans le domaine infirmier que vers la fin du 19<sup>ème</sup> siècle.

A la suite de cela, c'est une institution de diaconesses qui sera fondée à Echallens par L. Germond. Plus tard, elles furent déplacées à St Loup.

La "réforme laïque des soins infirmiers" apparaît en même temps que *les congrégations helvétiques* (milieu du 19<sup>ème</sup> siècle). C'est à cette époque qu'elle débute et se développe grâce à *une fille de famille bourgeoise, F. Nigthingale* (1820-1910) "*la Dame à la lampe*", qui depuis son Angleterre natale et suite aux expériences soignantes qu'elle a effectuées lors de la *guerre de Crimée* (1854-1856), va initier la *réforme laïque des soins infirmiers* et en deviendra d'ailleurs *le personnage symbolique et essentiel*. C'est elle qui fonda (1860) une *école de soins infirmiers* à Londres dans laquelle la façon plutôt *militaire* d'envisager les soins de l'époque, sera *repensée et ré envisagée* pour pouvoir être *appliquée* de manière adéquate à la *société civile*. (P. Godet, p.p. 28-41)

D'après F. Nigthingale, la notion de "*charité*" est prioritaire dans les soins, mais doucement apparaît en corollaire "*l'approche scientifique*".

### 3.4.2 La « réforme des soins infirmiers en Suisse »

Dans notre pays, la réforme laïque des soins infirmiers fut initiée par la *Société centrale suisse de la Croix-Rouge*, La *Société d'utilité publique des femmes suisses* et le *Département militaire fédéral*. Pour sa part, le *Comité national suisse de la Croix-Rouge* est fondé en 1866.

A. Bommer, enseignant de son état, plus précisément dans le canton de Schwytz, plaide pour un développement des soins à domicile, en effet l'époque est marquée par un manque de lits au sein des institutions hospitalières et également des difficultés rencontrées en lien avec le transport des malades.

Ce sera « *W. Kempin (1882) qui aura pour objectif de rassembler les diverses sociétés animées par un esprit philanthropique et patriotique sous une seule et même bannière, celle de la Croix-Rouge* ». (Fritschi, 1990, p. 65)

Ainsi, l'infirmière de la Croix-Rouge est prioritairement une professionnelle *visiteuse* car c'est l'infirmière *régulière* qui assume les tâches hospitalières. A domicile, *les soins liés à l'hygiène* et *les premiers secours sont privilégiés*.

La Croix-Rouge, étant étroitement liée au domaine *militaro sanitaire*, pour pouvoir obtenir les *faveurs* du public, doit renforcer ses *liens* avec la *société civile*. Toutefois, cette *libéralisation voulue* du travail des soignants est principalement limitée de par sa nature *caritative*.

Au niveau des établissements formateurs, l'un des premiers instituts indépendants des communautés religieuses, fut fondé en 1859, à Lausanne par V. de Gasparin, elle-même fervente protestante. Il s'agissait de « *L'école normale des gardes-malades* », qui deviendra plus tard « *l'Ecole de La Source, en référence aux filets d'eau qui traversent ses jardins* ». (Fritschi 1990, p. p. 46-54)

Un autre établissement verra le jour en 1882 à Zürich, l'école des « *Sœurs de la Croix-Rouge* ».

Plus tard, d'autres écoles furent créées sur le territoire national, notamment en Suisse alémanique, à Zürich en 1901, par la *Société d'utilité publique des femmes suisses*, qui fonda l'une des première écoles pourvue d'un hôpital (ce qui était le principal reproche fait à l'égard de l'école lausannoise), il s'agissait de la « *Schweizerische Pflegerinnenschule mit frauenspital* ».

En 1903, c'est un arrêté fédéral<sup>32</sup> qui fit de la Croix-Rouge Suisse, *l'instance fédérale centrale* qui se verra confier la tâche de la formation des infirmières.

Cet arrêté octroiera *un financement à hauteur de vingt mille francs pour la formation* (ce qui impliquera pour les infirmières formées) *une obligation de servir*. D'ailleurs durant le premier conflit mondial, ce seront près de *quarante infirmières* qui vont être *mobilisées et affectées aux soins hospitaliers*. (Lang, 1991 : 122, 125) (en 1904, *cinq* écoles vont soumettre à la Croix-Rouge une sollicitation de *subvention*).

Enfin, c'est en 1924 que La *Croix-Rouge Suisse* reprendra la direction de l'*Ecole de La Source*, équivalente romande de l'Ecole bernoise du "*Lindenhof*" sous le titre "*Ecole romande de gardes-malades de la Croix-Rouge*". A noter que ces deux établissements seront considérés comme étant *les meilleurs du territoire helvétique* ! (Valsangiacomo, 1991c : p. 147)

J'avais encore ici envie d'adresser un petit coup d'œil complice aux hommes ! En effet, que devenaient' ils au sein de cette nouvelle organisation professionnelle des soins infirmiers, qui étaient en grande majorité assumés par des femmes ? « *Ceux qui pratiquaient ce métier étaient soit des pauvres, soit des vagabonds, œuvrant au sein de ce que l'on appelait à cette époque "les asiles de fous"*. En effet, ils étaient principalement engagés, parce qu'on leur demandait de faire usage de leur force physique pour contenir les malades ». (Valsangiacomo, 1991, p. 150, tiré de: P. Godet, 2002, p.p. 28-4) in (HedS-ARC, module 121, Cycle I)

---

<sup>32</sup> Arrêté fédéral *Secours volontaires aux malades et blessés en temps de guerre* Berne, 25 juin 1903

### 3.5 La profession infirmière contemporaine (du milieu du siècle passé à nos jours)

En 1946 une première loi définissait en tant que telle la profession infirmière, ainsi que l'activité des professionnels des soins infirmiers en stipulant précisément ceci :

« *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par le médecin...*<sup>33</sup> *L'infirmière est définie comme une auxiliaire du médecin. L'enseignement qui est dispensé dans les écoles est axé en théorie sur la maladie et en pratique sur les techniques* ».

Dès la fin des années cinquante, les infirmiers s'appuient principalement sur deux approches prioritaires et non plus une seule comme auparavant.

D'une part, selon un « *modèle médical* » qui présente le corps comme un "objet" dont il faut prendre soin lorsque la situation l'impose (maladie, crise, dérèglement...) et les connaissances auxquelles se rapportent les actes soignants, qui sont essentiellement issues du domaine « *scientifique (anatomie, physiologie, pathologie...* »). (sources in N. Farine et I. Plomb, 1993)

Et d'autre part, sur un *instrument relationnel* qui dès cette époque est valorisé ou revalorisé en relation avec l'explosion des sciences dites sociales qui voient l'individu non plus comme un « *objet* » mais comme un « *sujet* » (tout) inscrit dans une dimension globale, *biologique*, mais également, *psychologique, sociologique, environnementale, culturelle et spirituelle*. Dès lors, ce n'est qu'en tenant compte de l'ensemble de ces paramètres que les soignants peuvent proposer à leurs clients une démarche de soins globale et de qualité.

Depuis quelques années, la profession infirmière avance à grandes enjambées sur le chemin de "l'autonomisation", notamment grâce à l'enseignement de la discipline en faculté, du moins pour ce qui concerne principalement les pays anglo-saxons, mais également aux nombreux écrits et travaux de recherche en soins infirmiers qui vont amener assurément à sa reconnaissance comme une science appliquée à part entière, du moins osons le souhaiter ! Et ainsi, de *religieuse* fermement *attachée aux dogmes* qui la conditionnaient, puis *d'auxiliaire du médecin* qu'elle était, l'infirmière va devenir une professionnelle des soins, reconnue et considérée pour ses compétences propres en lien avec son rôle autonome.

Actuellement, les professionnels des soins infirmiers exercent leur activité en se référant à des écoles (sources Amar B, Gueguen J, Paris, 1997 in HEdS-ARC, mod. 111, Cycle I) comme celle de Virginia Henderson (1955, dite des *besoins fondamentaux, BPoN*) qui est certainement encore aujourd'hui la plus souvent mobilisée (tous services confondus), mais également celle de H.E. Peplau (1952, des *relations interpersonnelles*), plutôt utilisée en lien avec les soins psychiatriques, ou de M. Rogers (1961, de *l'Etre humain unitaire, cinq énoncés scientifiques*) ou encore de théories élaborées par M. Newmann (1979, *la santé comme expression de la conscience*) ou plus près de nous, R. M. Rizzo Parse (1998, *de l'être humain en devenir*), etc... .

Et c'est vrai, que comme le disent N. Farine et I. Plomb, en citant notamment M. Phaneuf : « *Un professionnel, quel que soit son champ d'action, doit expliquer le service qu'il rend à la société et déterminer ainsi ce qui lui est particulier et*

<sup>33</sup> Code de la Santé Publique, art. L 473 livre IV titre II Loi 8 avril 1946 in (<http://www.membres.lycos.fr>)

*ceci les infirmières l'ont fait. C'est pourquoi elles travaillent avec un cadre conceptuel (...)*

*Ce cadre conceptuel véhicule les postulats et les valeurs qui forment les assises théoriques sur lesquelles repose la conception des soins.*

*Cela constitue le comment et le pourquoi de la profession infirmière ». (N. Farine et I. Plomb, 1993, p. 19)*

Toutes ces écoles, théories, modèles, cadres conceptuels, permettent aux infirmières et infirmiers d'aujourd'hui, d'agir en relation avec *une philosophie de soins*, en *s'appuyant sur des théories* et en appliquant une démarche scientifique, qui permet notamment d'établir des diagnostics infirmiers, afin d'élaborer une offre en soins et un projet de soins infirmiers en adéquation avec les problématiques présentées, dans le respect de ses principes fondamentaux, *sécurité, hygiène et asepsie, confort et ergonomie, efficacité et économie* et de concevoir l'ensemble des actions soignantes qui en découlent (processus de soins) en se basant sur ces *modèles théoriques* admis et reconnus tout en partageant des *valeurs professionnelles communes*.

La Croix Rouge Suisse<sup>34</sup> définit "l'offre en soins infirmiers" comme *s'articulant autour d'un ensemble formé de cinq fonctions qui se complètent entre-elles*, il s'agit de :

- *Soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne*
- *Accompagnement dans les situations de crise et périodes de fin de vie*
- *Participation aux mesures diagnostiques, thérapeutiques et préventives*
- *Participation à des actions de prévention des maladies et des accidents, ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale*
- *Contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers et au développement de la profession, ainsi que la collaboration à des programmes de recherche réalisés dans le domaine de la santé.*

De même que, l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) propose aussi une définition de *l'offre en soins*<sup>35</sup> dont je ne citerai ici qu'un extrait :

*« Les soins infirmiers sont un ensemble de prestations offertes à la population (...) Ils se situent dans le contexte du processus de la vie, de la conception à la mort. Ils sont destinés à l'individu en tant que personne (...) et /ou à la collectivité et sont dispensés dans des institutions diverses... ».*

Je terminerai ce bref historique par les mots suivants qui résument les principes éthiques directement liés à la profession infirmière et figurant également dans les textes de l'ASI (1992) :

- *Véracité, fidélité, autonomie, respect de la confiance, intégrité de la vie, justice, souci de faire le bien et de ne pas nuire*

*« Le respect de la dignité de l'individu et du caractère unique de la vie sont au centre de toutes les activités infirmières ».* (paragraphe proposé : in N. Farine et I. Plomb, 1993, p. 20 "postulat à l'origine de tous les principes éthiques, inspiré du fascicule édicté par l'ASI, 1992)

<sup>34</sup> Croix Rouge Suisse *Décret*, 1992 in (Farine N. et Plomb I. 1993)

<sup>35</sup> Association Suisse des Infirmières et Infirmiers *Définitions*, 1986 in (Farine N. et Plomb I. 1993)

### 3.6 Le Rôle infirmier

Le terme de *rôle* désigne « *l'ensemble des modèles culturels associés à un statut, le statut se définissant comme "la place qu'un individu donné occupe dans un système social donné à un moment donné"* ». (Durand et Weil, 1997, p. 115).

Pour M.F. Collière : « *Le rôle est la façon dont se joue un événement, une activité, une fonction, un statut, il est constitué d'une infinie variété d'éléments qui rentrent en jeu, de "variables" qui interfèrent, sont en interaction et vont créer des différences dans la façon de faire, la façon de procéder* ». (M.F. Collière, 1982, p. 237)

Plus précisément en lien avec le domaine des soins le rôle infirmier se rapporte « *à un ensemble d'éléments fondamentaux le composant... (qui sont à la base de la pratique professionnelle cette pratique)... se réfère à des normes définies notamment par l'éthique professionnelle, la déontologie, la définition et la reconnaissance du champ de compétences et de valeurs, telles que le respect, la responsabilité et la conscience professionnelle...* ». (?) Ces notions fondamentales font partie intégrante du cadre professionnel et sont concrétisées dans l'application du rôle qui s'inscrit pour sa part dans : « *Une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes requises pour soigner* ». (M.F. Collière, 1982, p. 235) in ([www.membres.lycos.fr](http://www.membres.lycos.fr))

Durant de nombreuses décennies, les infirmières (j'utilise ici volontairement la forme féminine) ont été les auxiliaires des médecins, leur rôle était *prescrit* et ne participait pas d'une quelconque autonomie. Leur activité dépendait principalement des instructions reçues par le corps médical et de leur stricte application :

■ *Le rôle prescrit* est induit par la prescription médicale <sup>36</sup>

Quant à M. F. Collière, elle précise en lien avec cette notion de rôle *délégué* ou *prescrit*, qui a prévalu pendant de nombreuses années comme définition de l'activité infirmière : « *La pratique infirmière est organisée autour de différentes tâches prescrites par le médecin pour investiguer, traiter, surveiller la maladie* ». (M. F. Collière, 1982, p. 128)

Aujourd'hui, cette conception de l'activité infirmière a bien changé et les professionnels, outre le rôle *délégué* qu'ils continuent d'appliquer au travers de diverses actions en lien avec les prescriptions médicales (injections, surveillances vitales, administration de traitements...), se voient également reconnaître des compétences spécifiques et un rôle *autonome* (accompagnement, information, relation d'aide, diagnostic infirmier, démarche et projet de soins, offre en soins, collaboration interprofessionnelle...) propre au champ professionnel infirmier et c'est principalement au travers de ce rôle *spécifique* que s'exprime la véritable fonction infirmière contemporaine.

Dernièrement, au mois de mai 1978, une modification de l'article L 473 du Code de la Santé Publique va instituer le *rôle propre* de l'infirmière, participant ainsi

---

<sup>36</sup> Delon S. "extraits de Mémoire", *Conception du rôle propre infirmier*, Mazamet, Ecole des Cadres, 1997 in (<http://www.membres.lycos.fr>, p. 3)

de manière importante à la valorisation de l'ensemble des compétences propres et de la pratique professionnelle.

La loi du 31 mai 1978 définit ainsi la profession et le rôle infirmier : « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical (rôle délégué), ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu (rôle autonome) ».*<sup>37</sup>

Le dernier décret du 15 mars 1993 ([www.membres.lycos.fr](http://www.membres.lycos.fr)), donne une définition du rôle autonome (propre) en ces termes : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmière, les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* ». (S. Delon 1997, extraits)

Enfin, dans ce même décret, l'infirmier "accompli" et n'est plus seulement "habilité à accomplir", ce qui indique bien la reconnaissance complète de la notion du rôle propre.

■ *Le rôle propre est la fonction de l'infirmier (ère) qui se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. Il (elle) en assume la responsabilité ».*<sup>38</sup>

Si la notion de responsabilité existait déjà en lien avec le rôle délégué, elle est ici directement liée à l'exercice du rôle propre et engage le professionnel dans son approche, ses initiatives, ses décisions et ses gestes professionnels en le contraignant, le cas échéant, à devoir répondre de ses actes, personnellement, devant la justice et l'association professionnelle (conseil de l'ordre).

Ce qui représente à la fois, une importante reconnaissance, une indéniable valorisation des compétences professionnelles, mais également, une obligation légale envers la profession, les patients, les pairs et la société toute entière. Le processus particulier dont l'infirmier est prioritairement responsable dans l'application de l'ensemble de son activité propre est concrétisé au travers de *la démarche scientifique de soins*<sup>39</sup> et de l'observation de ses différentes étapes, qui sont les suivantes :

*Première étape : le recueil des données*, permettant d'identifier tous les éléments en lien avec le patient en termes de besoins, mais aussi d'environnement, d'habitudes de vie... (sphère bio, psycho, sociale, culturelle et spirituelle)

*Deuxième étape : l'analyse de la situation* (interprétation des données), mise en évidence des problématiques, des ressources et élaboration du diagnostic infirmier

*Troisième étape : la planification* des interventions (projet de soins infirmiers) et la détermination des objectifs à atteindre en partenariat avec le client

---

<sup>37</sup> Code de la Santé Publique (1946) *Extrait*, article L 473, modifié mai 1978 in ([www.membres.lycos.fr](http://www.membres.lycos.fr))

<sup>38</sup> Magnon R. et Dechanoz G. *Dictionnaire des soins infirmiers*, AMIEC, 1995, p. 171

<sup>39</sup> Phaneuf M. *Soins infirmiers : la démarche scientifique orientation vers le diagnostic infirmier*, Montréal, Mc Graw-Hill, 1986 p.p. 50-51-52



*Quatrième étape : l'application* du projet de soins et des actions planifiées

*Cinquième étape : l'évaluation* de l'ensemble du processus de soins et du niveau d'atteinte des objectifs, puis le réajustement des actions en fonction de l'évolution de l'état du patient tout au long de la démarche.

Les bénéfices principaux d'une telle démarche peuvent être ressentis tant au niveau du soignant qu'à celui du client, ils seront par exemple pour le soignant : *"Le lien entre l'acte et la démarche, la satisfaction et l'apprentissage personnel"* et pour le patient : *"La participation dynamique, la compréhension, la continuité et l'amélioration de la qualité des soins"*.

Elle permet également à l'infirmier une gestion plus appropriée des problématiques liées à la santé de son patient et elle relève de sa responsabilité et de ses compétences. Et au sujet de la responsabilité professionnelle de l'infirmière, je noterai encore la définition suivante qui met bien en évidence l'importance de cette notion en lien avec la pratique infirmière contemporaine : « *La responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin (...)*

*Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels ».* (C.C.I.I Préambule et éléments du code, point I)<sup>40</sup>

Je compléterai cette approche de la profession par l'énoncé des principes éthiques pour les soins infirmiers, qui figurent dans les statuts réglementaires de l'ASI (commission d'éthique) qui engagent pleinement la responsabilité des professionnels et qui revêtent une égale importance dans l'application de leur rôle au quotidien, auprès des patients :

- *La responsabilité envers le patient et ses proches*
- *La responsabilité envers soi-même et la profession*
- *La responsabilité envers les autres membres de l'équipe*
- *La responsabilité envers la société et l'environnement.*<sup>41</sup>

### 3.6.1 Les services de soins à domicile

Tout d'abord, je propose une définition globale de ce que sont les services de soins à domicile : « *Les services de soins infirmiers à domicile sont des services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et médico-sociale* ». <sup>42</sup>

*Les soins de santé primaires* <sup>43</sup> dont les services de soins à domicile sont les premiers prestataires, pour diverses raisons de politique de santé, mais aussi

---

<sup>40</sup> Conseil International des Infirmières, *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*, Extrait, Genève CH, 2000

<sup>41</sup> Association suisse des infirmières et infirmiers, *Principes éthiques pour les soins infirmiers*, Berne CH, 1992

<sup>42</sup> <http://www.handroit.com/soinsinfirmiers>

<sup>43</sup> Définition dans *Glossaire sous Annexe I*)



d'économie et de respect des désirs de la population, se *développent* de manière *exponentielle* à celui de la *démographie*. De plus, il est vrai également que de plus en plus de personnes *souhaitent* dans la mesure du possible, rester à leur *domicile* lorsqu'ils sont *atteints dans leur santé*, notamment dans les cas spécifiques de *vieillesse*, de *maladies chroniques* et de *convalescence post hospitalisation*. Dans ces cas-là, le *suivi des soins* en général et infirmiers en particulier a le plus souvent lieu *directement au domicile* des patients.

Concernant le territoire helvétique, il existe actuellement : « *L'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile... née en 1995 de la fusion de l'ASOAF (organisations d'aides familiales) et la Fédération Suisse des Services de Santé Communautaires (cette organisation) "à but non-lucratif" (réuni l'ensemble des) vingt six associations cantonales (auxquelles) sont rattachées sept cents organisations locales (aide et soins à domicile). Elles se définissent ainsi :*

*En Suisse, le domaine de l'aide et des soins à domicile a une structure fédéraliste*

Cette structure est organisée autour de quatre axes :

Domaine : *L'aide et les soins à domicile désignent l'ensemble des prestations d'aide et de soins extrahospitalières permettant le maintien à domicile (...)*

Objectifs : *L'aide et les soins à domicile a pour objectif de maintenir et de stimuler l'autonomie du client (...)*

Principes : *Les organisations d'aide et de soins à domicile d'utilité publique sont soumises au principe de qualité (...)*

Particularités : *Les S. à D. travaillent en conformité avec les besoins du patient (...) ils impliquent les proches et l'environnement social des clients dans la prise en charge (...) ils coûtent moins cher à la collectivité que les institutions du domaine stationnaire (intra hospitalier) ».*<sup>44</sup>

### 3.6.2 Le rôle de l'infirmier à domicile

Il est caractéristique, car comme je l'ai déjà signifié auparavant, il est en prise directe avec l'environnement global de la clientèle. A ce propos, lors d'un forum de l'OMS il a été précisé que la "*Vision 2000*" de l'infirmière s'appréhendait directement en lien avec les soins à la famille. Dans un compte-rendu de ses activités, la vice présidente de l'ASI (et par ailleurs, membre du forum de l'OMS) a exposé cette nouvelle conception de la profession. Outre leur fonction de soignantes, les infirmières : « *....Contribueront au raccourcissement des hospitalisations en dispensant des soins infirmiers à domicile, serviront de relais entre la famille et le médecin de famille, voire même remplaceront "le médecin lorsque les besoins identifiés relèvent en fait plutôt des soins infirmiers* ».<sup>45</sup>

<sup>44</sup> <http://www.spitex.ch/f/sub02/page>, 2007, p. 1-3

<sup>45</sup> OMS, Forum *Vision 2000 : l'infirmière de famille* (Soins Infirmiers, août 1999) in (HEdS-ARC, module 143 *Santé-maladie*, Cycle I)

D'un point de vue plus régional et si je me réfère par exemple, au cadre des soins qui est défini pour La Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile de Delémont (cadre légal), le lien entre l'autonomie et l'accompagnement à domicile est explicitement mis en évidence : « *Conformément à la charte de la Fondation, le personnel est attentif à stimuler l'autonomie du patient au domicile et à l'accompagner vers un maximum d'indépendance* ». <sup>46</sup>

Qu'attendre des infirmiers qui pratiquent à domicile en termes de *rôle* et de *mission* : « *L'infirmier à domicile assure les soins infirmiers, d'hygiène générale et aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Son objectif est le maintien, l'insertion ou la réinsertion d'un patient dépendant dans son cadre de vie familial et social* ». <sup>47</sup>

J'ai choisi cette définition parce qu'elle m'a semblé claire et qu'elle met en évidence les facteurs essentiels de cette prise en charge particulière. Quant aux soins infirmiers dispensés par ces professionnels, ils sont présentés dans une liste non exhaustive, faisant référence aux deux rôles (délégué / autonome) définis plus haut. Il s'agit notamment pour *les soins physiques* du traitement et du suivi des escarres, des injections diverses, de la surveillance des sondes, de la pose, du contrôle et du retrait des perfusions, de la réfection, du suivi des pansements simples et complexes, des lavements, mais également de la distribution et de l'application des traitements médicamenteux, comme de ceux directement liés aux problématiques de diabète, du contrôle des glycémies, des injections d'insuline et même dans certains cas des chimiothérapies ambulatoires ou des dialyses péritonéales, sans oublier la base des soins infirmiers, à savoir tous les actes en lien avec le maintien de l'hygiène quotidienne.

Pour les *soins relationnels*, il s'agira de pratiquer principalement, la relation d'aide, les entretiens infirmiers, la validation des propos du patient, mais aussi favoriser l'expression des demandes et attentes de celui-ci, déterminer en partenariat des objectifs à atteindre qui devront être réalistes et surtout réalisables, orienter le patient vers les structures complémentaires d'aide à domicile, éventuellement rencontrer sa famille et ses proches afin d'élaborer ensemble un projet permettant au patient de préparer son avenir.

Enfin, l'infirmier devra également informer les clients et les autres professionnels de la santé sur l'évolution de la démarche de soins, principalement lors de la phase d'évaluation, coordonner et superviser le travail d'autres soignants tels qu'auxiliaires médicaux, aides soignants, assistants en soins et santé communautaire, aides familiales..., autant de tâches qui lui sont dévolues, qu'il prendra sous sa responsabilité et qu'il effectuera au plus près de sa conscience professionnelle.

En effet, qui dit soigner, dispenser des soins, à domicile, requiert implicitement de la part des soignants de développer des habiletés particulières dans l'appréhension de leur clientèle. L'approche anthropologique de la personne, par exemple, sera un des éléments essentiels que ces professionnels devront apprendre à maîtriser, car c'est ainsi qu'ils pourront mieux comprendre et identifier les coutumes, habitudes de vie et croyances de leurs clients :

---

<sup>46</sup> Fondation pour l'aide et les soins à domicile, Catalogue de prestations soins de base, *Prestations, usagers, assureurs / Prestations / Définition, saisies*, Delémont, 31 janvier 2006

<sup>47</sup> Novartis Pharma SAS, 2003 in (<http://www.proximologie.com>)

*« L'approche anthropologique prend toutes ses dimensions au domicile où il y a possibilité de percevoir directement le milieu de vie (...) La démarche anthropologique est une approche globale, qui restitue les personnes dans leur contexte de vie en essayant de le comprendre par rapport aux coutumes, habitudes de vie, croyances, valeurs qu'il véhicule, ainsi que restituer l'impact de la maladie et des atteintes qui lui sont liées par rapport à ce contexte ».* (M.F. Collière, 1982, p.p. 304 -305)

Tenir compte de l'environnement du soigné, c'est non seulement posséder une *source supplémentaire d'informations* à son sujet et sur son environnement, mais aussi de permettre au client de participer personnellement et directement au processus de soins et de devenir ainsi acteur de sa santé au même titre que le soignant : *« La pratique infirmière retrouve pour raison d'être la personne soignée. C'est le malade qui est le référent, le point de départ et l'aboutissement des soins ».* *ibid.* (M.F. Collière, 1982, p. 37)

Selon les directives de l'OMS, le *développement des soins de proximité* liés aux familles est inéluctable en regard notamment de *l'explosion démographique* que connaît notre planète actuellement. Cette organisation a d'ailleurs fixé des objectifs dans un texte appelé *Santé 21* en référence à la *santé des populations* au 21<sup>ème</sup> siècle et rappelle en préambule de celui-ci que : *« Les besoins de soins à domicile se développent en même temps que l'évolution de la structure démographique, les progrès de la technologie et les demandes de la population. Le domicile est le cadre où les soins de santé sont le plus couramment fournis. »*<sup>48</sup>

Je propose maintenant d'aborder les spécificités de deux des services de soins à domicile des régions jurassiennes et neuchâteloises, le premier à Delémont et le second à Neuchâtel. En effet, j'ai pensé qu'il serait ici intéressant de relever les caractéristiques de ces deux institutions, afin de mieux comprendre dans quel cadre spécifique d'activités travaillent les professionnels qui ont répondu aux questionnaires d'enquête et participé aux entretiens complémentaires.

Pour Delémont "La Vallée" (Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile de Delémont, cadre légal)

*« Le personnel infirmier diplômé est en principe responsable de toutes les prestations de soins, et l'exécution d'un certain nombre d'actes de soins peut être déléguée à un personnel moins qualifié. Conformément à la charte de la Fondation, le personnel est attentif à stimuler l'autonomie du patient au domicile et à l'accompagner vers un maximum d'indépendance. Il ne se substitue pas au patient, ni à son entourage, ni aux ressources du réseau. L'évaluation initiale de la situation de soins est faite par l'infirmier (ère), sous la supervision de la responsable SAD. Elle contient les objectifs et le cadre thérapeutique de l'intervention ».* (Doc. Catalogue de prestations soins de base, 31 janvier 2006)

Pour Neuchâtel "Littoral" (Centre de Santé de Neuchâtel, maintient aide et soins à domicile)

*« Son rôle diffère selon la clientèle et s'adapte aux situations rencontrées.*

---

<sup>48</sup> OMS, Extrait de : *Santé 21 – La Santé pour tous au XXIème siècle*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1999, pp. 144 -147

*Chaque intervention répond effectivement à des besoins spécifiques que le personnel soignant est habitué à satisfaire efficacement et rapidement. Les services que nous proposons jouent également un rôle économique et social non négligeable, en particulier sur la diminution globale des coûts.*

*Chaque demande est évaluée de manière personnalisée en fonction des besoins, attentes et ressources. Le bilan est effectué selon les cas avec l'entourage et/ou le corps médical qui a suivi le dossier. Le programme d'interventions ciblées qui en découle détermine la nature, l'ampleur, la fréquence et la durée des prestations nécessaires ».<sup>49</sup>*

### 3.7 La relation soignants / soignés

La relation est "un processus dynamique d'échange" et de "communication" qui se joue entre "deux ou plusieurs individus". Un des soins relationnels, non technique, le plus fréquemment utilisé dans les soins infirmiers est *la relation d'aide* qui est commune aux professions qui tendent vers l'aide à la personne en difficultés, plusieurs auteurs ont écrit à son sujet, Auger, Egan, Rogers... pour n'en citer que quelques-uns. Ce type de relation, comme son nom l'indique, permet à deux personnes de *s'aider*, de se *rencontrer*, de *mettre en commun des expériences individuelles de santé*, afin de permettre à celle des deux qui est momentanément en souffrance de pouvoir bénéficier de tout ou partie des potentiels thérapeutiques de l'autre, représenté en l'occurrence par le professionnel des soins. Cette relation demande un investissement de la part de chacun des individus en présence, soignant comme soigné et elle requiert des attitudes favorisantes telles que l'*empathie* ou la *compréhension empathique*, mais aussi de l'*authenticité* et de la *congruence*<sup>50</sup> du respect et de l'écoute : « Elle peut être conçue comme une rencontre entre deux personnes, soignant et soigné, dans laquelle les deux partenaires s'engagent dans cette relation, avec des attitudes et investissements différents ».<sup>51</sup>

Une *relation d'aide* de qualité nécessite la mobilisation de comportements spécifiques qui reconnaissent par exemple la contribution du client au bon déroulement de la démarche, tout comme ceux qui tendent à favoriser l'expression par ce dernier de ses demandes en lien avec sa problématique.

A ce sujet, Rogers et Kinget (1969)<sup>52</sup> mettent en évidence quelques-unes des conditions qui doivent être mises en place pour permettre au processus thérapeutique d'avoir lieu dans des conditions optimales :

- 1) Que les deux personnes soient en contact
  - 2) Le thérapeute se trouve dans un état d'accord interne (...) et par rapport à l'objet de sa relation avec le client
  - 3) Qu'il éprouve des sentiments de considération positive inconditionnelle à l'égard du sujet
  - 4) Qu'il éprouve une compréhension empathique du cadre de référence interne du client ».
- (p. 200)

---

<sup>49</sup> Aide et Soins à Domicile, *Votre autonomie avec égards et compétences*, Brochure 2007

<sup>50</sup> Définition dans *Glossaire* sous Annexe I)

<sup>51</sup> *Krankenpflege – Soins infirmiers*, périodique, janvier 1990, p. 54

<sup>52</sup> Chalifour J. *La relation d'aide en soins infirmier*, G. Morin éditeur 1998 in (HEdS-ARC cours, Cycle I)

La finalité de la relation d'aide peut être concrétisée au travers d'objectifs que soignants et soignés se fixent en partenariat, ces buts poursuivis peuvent par exemple s'articuler autour d'actions comme : donner *la possibilité au soigné de "reconnaître ses capacités et ressources"* (lui permettre de) *se sentir "aimer et reconnu"* pour lui-même (dans ce qu'il est ici et maintenant) et *"mobiliser ses habiletés à s'appuyer sur ses propres aptitudes"* en termes d'évolution positive en regard de la problématique qui est momentanément la sienne, mais aussi lui montrer qu'il existe une multitude d'approches de cette réalité qui lui pose des problèmes et que pour chaque situation problématique, il subsiste une réponse qu'il suffit d'adapter à celle-ci. (sources : Krankenpflege, 1/90)

Au sujet de la relation soignants / soignés, l'approche de D. Paul me semblait également appropriée, il dit notamment ceci :

*« La relation infirmière – client est un processus interpersonnel qui vise à faciliter au client l'intégration optimale de son expérience à titre de personne traversant une étape, un changement majeur dans sa façon d'être au niveau biologique, psychologique ou social ».*<sup>53</sup>

En dehors de la relation d'aide, un autre facteur "relationnel" important est celui concernant *la validation* (affective) et lorsque l'on parle de validation, c'est à N. Feil, une des personnes de référence en la matière, que l'on doit d'avoir découvert, approfondi et développé ce concept pour finalement l'amener dans la pratique quotidienne des soins infirmiers :

*« La validation, c'est la reconnaissance par un tiers que ce qui est affirmé n'est pas entaché de nullité, a une valeur (...) A tout âge, la validation affective par l'écoute active (participative) se branche sur le monde intérieur de l'autre (...) Se dire « il me comprend », construit la confiance, insuffle de l'espoir, contribue à créer ou renforcer la personnalité... ».*<sup>54</sup>

Quelques autres éléments relationnels peuvent également être :

- ❑ L'empathie (déjà citée), l'authenticité, le respect
- ❑ Les réactions, les émotions, le langage (comportements)
- ❑ La disponibilité, la compréhension, la validation, l'alliance, la convivialité
- ❑ L'autonomie, les motivations, la confiance, l'estime de soi et de l'autre
- ❑ De même que la technique, les surveillances, la clinique...

Concernant mon travail, j'ai choisi d'établir une liste de certains de ces facteurs relationnels, que j'ai soumise aux professionnels pour mener à bien mon enquête. Dans le canton de Neuchâtel, il existe une loi sur la santé du 6 février 1995, qui régit (Loi sur la Santé, chapitre 3, sections 1, 2 et 3, art. 20 à 39, NE, 1995 (800.1) les relations entre patients et soignants, notamment concernant : *« le champ d'application, de collaboration, du droit d'être informé, d'accompagnement, de traitement, etc... »*.

---

<sup>53</sup> Paul D. *La relation infirmière-client, pivot de la santé mentale du client et de l'infirmière*, Montréal, Nursing Québec, vol. 5, No 1, novembre – décembre 1984, p. 25

<sup>54</sup> Feil N. *La validation mode d'emploi*, Pradel Editions, 1999 in ([www.multimania.com/papidoc/21](http://www.multimania.com/papidoc/21))

Dans une relation de soins, hormis les infirmiers et leurs patients dont je viens de parler, plusieurs autres acteurs du domaine de la santé sont impliqués, les médecins, mais aussi les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les psychiatres et psychologues, ainsi que tous les professionnels (tuteurs, assistants sociaux, référents, curateurs...) qui de près ou de loin, de part la spécificité de leurs compétences professionnelles participent au recouvrement et au maintien de l'état de santé de toute personne atteinte dans son intégrité.

### Nature de la relation

Le processus relationnel dans le sens large du terme, symbolisé par la dynamique d'échange, de partage, d'interaction, de communication entre les professionnels et les clients est présent à chaque instant du partenariat actif entre soignants et soignés. Dès lors, il semble adéquat, de se questionner à chaque étape de la démarche, sur la qualité, l'efficacité et le bien fondé de cette relation. En effet, s'attacher au "*contenu de la relation*" (dans son ensemble) c'est aussi mobiliser une importante quantité d'éléments autres que la "*technique et la mansuétude*" dans les interventions professionnelles. La dimension que revêt la relation avec le patient est une des *caractéristiques prioritaires* du service offert : « *C'est la relation avec le malade qui devient le pivot des soins en ce sens qu'elle est à la fois le moyen de connaître le malade et de comprendre ce qu'il a, en même temps qu'elle détient un pouvoir thérapeutique. Elle est source d'informations pour discerner la nécessité des soins non techniques en évaluant l'aide à apporter, tandis qu'elle contribue à relativiser les soins techniques ou à faciliter leur compréhension, voire leur acceptation* ». (M.F. Collière, 1982, p. 155)

Et d'ajouter que d'une relation de "*soins de qualité*" dépendra également "*la qualité des soins*" dispensés et ceci selon certains critères !

- ✚ Adopter *une attitude ouverte* pour encourager et faciliter *la relation de confiance* (alliance thérapeutique et confiance)
- ✚ Faire preuve d'*empathie* pour la *personne soignée*, tout en s'impliquant de manière adéquate dans *la relation* (validation et implication)
- ✚ Rechercher *ensemble* (infirmiers, patients, famille, proches...) des *objectifs communs* à atteindre et qui doivent être réalisables, évaluables et au besoin ré ajustables, dans l'optique d'un PSI (projet de soins infirmiers) adapté, tout en gardant en mémoire, que bien souvent, fixer de petits objectifs, permet d'atteindre de grands résultats (partenariat dynamique, autonomie).

Et à ce sujet, j'ai encore relevé dans l'ouvrage de M.F. Collière (1982, pp. 165-167) quelques autres points de référence qui permettent selon elle, de rendre la relation soignants / soignés « *vivable* » et « *valorisante* », en voici quelques-uns :

1. *Si elle a pour but de découvrir et de reconnaître l'information nécessaire pour prodiguer des soins appropriés ;*

2. Si elle permet d'établir des liens entre les différentes informations concernant la personne et sa maladie et s'il y a recours à différentes sources de connaissances pour en comprendre le sens ;
3. Si elle permet la concertation avec la personne soignée et son entourage, stimule sa participation active, et entraîne la concertation et la coordination avec d'autres personnels soignants (inter et multidisciplinarité) ;
4. Si elle apporte des repères, des références pour l'évaluation de la qualité des soins.

De plus, elle insiste également sur la revalorisation du concept relationnel au sein du processus de soins et suggère de consacrer plus de temps à ce soin à part entière, non pas en *remplacement de la technique*, mais bien en complément de celle-ci. Par ailleurs, il est intéressant de constater que A. Vega, elle aussi met en évidence l'effet positif d'une revalorisation des savoirs relationnels :

« La revalorisation des savoirs relationnels et des approches « globales » de la maladie, permet de se mettre à la portée de ces dimensions psychologiques, sociales et culturelles des soins ». (A. Vega, 2001, chap. 3 par. 5)

Ce que disait d'ailleurs déjà H. Peplau<sup>55</sup> dans les années cinquante, lorsqu'elle postulait dans sa théorie de soins dite de *l'interaction*, qu'à chaque étape du processus de soins, *l'apprentissage de la santé* s'effectuait du côté du soigné, mais également du côté du soignant, ce dernier ayant pareillement à apprendre, à découvrir et à retirer de la relation de soins, que son client : « *Un processus interpersonnel thérapeutique* », tout au long duquel « *l'apprentissage de l'expérience de soins* » sera *bénéfique* pour le soigné comme pour le soignant.

Le partenariat ainsi créé, s'oppose à la *"passivité"* habituellement rencontrée chez les *bénéficiaires de soins* en leur permettant de développer des *"comportements participatifs"*.

Dès lors, les uns et les autres évoluent au sein du concept de « *give-and-take* » si cher à H.E. Peplau et dont elle a souligné l'importance, notamment au niveau relationnel, comme garant d'une bonne pratique des soins infirmiers.

Pour clore ce chapitre consacré à la définition de certains des concepts mobilisés dans ma démarche, je citerai encore cette phrase qui résume selon moi en quelques mots l'importance d'une bonne communication et des bénéfices indéniables que chacun des acteurs de la relation de soins peut en retirer :

« La bonne circulation de l'information autour de la personne malade facilite grandement l'efficacité des soins. La communication contribue à diminuer le stress. Ainsi, la relation de soins devient source d'enrichissement et d'épanouissement mutuel ». <sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Peplau H.E. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, Paris, Editions Inter éditions (dernière édition), 1995

<sup>56</sup> Novartis Service Santé et Proximologie, mai 2006



## 4. Méthodologie

Concernant la méthode de travail à adopter pour mon mémoire, je me suis inspiré bien entendu des fiches méthodologiques, ainsi que des cours sur le sujet dont nous avons bénéficié durant les périodes prévues à cet effet, mais également de divers ouvrages de méthodologie faisant référence en la matière. J'ai ainsi pu conduire mon processus dynamique en franchissant les *étapes* (phases) successives et incontournables, identifiée dans la littérature, ce qui m'a permis de respecter méthodiquement ma démarche de recherche.

### 4.1 Les étapes

1. *choisir* un thème *s'insérant* dans une *dynamique de recherche*, puis poser une question de départ et établir un plan du travail
2. *explorer* et *conforter* la *pertinence* du choix au travers d'échanges et de tests de faisabilité avec des pairs et d'autres personnes, puis débiter les premières lectures
3. *définir* la *problématique* plus spécifiquement, *cibler* le *questionnement* de recherche, *effectuer* un bref *état* de la question, *émettre* des hypothèses et *fixer* des objectifs
4. *déterminer* le terrain, le choix des personnes à interroger, *construire* l'*instrument* de recherche et la grille d'évaluation permettant de récolter et de répertorier les futurs résultats, *élaborer* un cadre *conceptuel* de référence
5. *commencer* les *investigations* proprement dites (envoi des questionnaires et organisation des entretiens), *récolter* les *résultats* obtenus, les *insérer* dans les différents documents d'évaluation, *mettre* en *évidence* les points *significatifs* (pour pouvoir les discuter)
6. *analyser* les *informations* recueillies, les mettre en lien avec les *sources* de *référence* développées auparavant et le *positionnement* personnel, *vérifier* le bien fondé des *hypothèses* et le niveau d'atteinte des *objectifs* fixés
7. *conclure* la *démarche* de recherche dans son ensemble en effectuant un *bilan* personnel et un professionnel, de la globalité du processus, *mettre* en *évidence* les expériences, les apprentissages, les *limites* et les *facilités* rencontrées, pour enfin, *relever* la *pertinence* de la problématique, *souligner* ce que la *profession* peut *retirer* d'une telle recherche et enfin, *évoquer* les éventuelles *possibilités d'élargissement*.



## 4.2 Les éléments de l'enquête

Ces éléments ont été classés dans un ordre logique et permettant une bonne compréhension des différents choix opérés.

### 4.2.1 Le terrain

Ma sélection de départ a été faite en fonction, d'une part de l'étendue du territoire qui devait être suffisamment importante pour garantir une représentativité satisfaisante et d'autre part en fonction d'un découpage par zones qui me permettait au besoin, de mettre en évidence quelques-uns des résultats obtenus en regard de chacune d'entre-elles.

La zone I regroupant deux territoires situés dans la région "haute" du canton du Jura et représentés par les deux principales villes, soit Delémont (La Vallée) et Porrentruy (L'Ajoie), berceau des pratiques traditionnelles de guérison.

Les institutions de la zone I :

- *La Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile de Delémont (la Vallée)*
- *La Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile, Service régional Ajoie-Centre de Porrentruy*

La zone II associant deux régions, géographiquement, historiquement et culturellement, proches du canton du Jura. Il s'agit du Vallon de Saint-Imier (Jura bernois) lien entre le Jura et Neuchâtel, ainsi que La Chaux-de-Fonds, limitrophe aux Franches Montagnes.

Les institutions de la zone II :

- *Le Service d'Aide et de Soins à domicile du Vallon de Saint-Imier, SASDOVAL*
- *Le Centre d'Aide et de Soins à domicile des Montagnes neuchâteloises de La Chaux-de-Fonds*

Et enfin, la zone III rassemblant deux districts neuchâtelois, le Val-de-Ruz (Cernier) qui relie le haut et le bas du canton et Neuchâtel avec ses environs (Littoral).

Les institutions de la zone III

- *Le Centre d'Aide et de Soins à domicile du Val-de-Ruz à Cernier*
- *Le Centre de Santé de Neuchâtel et environs (Littoral), Aide et Soins à domicile NOMAD*

J'aurais bien évidemment pu élargir ces zones, notamment en y ajoutant au nord La Franche Comté (Fr), à l'est le Val-de-Travers (région de La Côte-aux-Fées) et les districts du Jura bernois à l'ouest. Toutes ces contrées qui comprennent elles aussi de nombreux endroits et lieux dits dans lesquels les pratiques de guérison choisies sont reconnues et activement mobilisées. Toutefois, j'ai pensé qu'il était plus adéquat, pour cette première expérience de recherche, de limiter géographiquement le territoire investigué aux trois zones

sus mentionnées et ceci principalement pour des raisons de temps à disposition, de moyens d'investigation et de coûts en général.

#### *4.2.2 Les personnes interrogées*

Mon questionnement de recherche s'est centré prioritairement sur les professionnels des soins à domicile, principalement en lien avec la démarche de soins caractéristique qu'ils effectuent quotidiennement dans l'univers propre de leurs patients.

J'ai tout d'abord contacté par téléphone chaque responsable des six institutions d'aide et de soins à domicile, afin de leur expliquer ma problématique de recherche et la finalité de ma démarche. Puis, il a été décidé d'un commun accord entre chaque partie qui participerait à ce travail, que l'instrument servant à mettre en évidence les éléments de la recherche (questionnaire) leur parviendrait par l'intermédiaire de la poste et que chaque professionnel choisi le compléterait individuellement (authenticité des réponses), en disposant du temps nécessaire et sur le lieu de travail dans un délai d'environ une à deux semaines. Ensuite, l'ensemble des questionnaires me serait retourné pour analyse, étant bien entendu que je restais durant toute cette période à la disposition des équipes de soins sélectionnées, afin de répondre à toutes demandes d'éclaircissements en lien avec la compréhension des questions posées (ce que je n'ai d'ailleurs pas été amené à faire).

Enfin, il est également important de préciser qu'aucune autorisation d'un quelconque comité d'éthique n'a du être requise et ceci m'avait été clairement confirmé auparavant par la direction de chaque institution de soins, séparément. En effet, chacune d'elles, par l'intermédiaire de son comité directeur, validait les autorisations nécessaires pour garantir le respect de la démarche éthique en lien avec la recherche.

J'ai choisi d'envoyer mon questionnaire à six institutions et de regrouper cinq personnes par institution pour y répondre, ce choix quantitatif a été fait en collaboration avec chaque cadre des soins. Ces professionnels étaient parfaitement libres d'accepter ou de refuser de participer à la démarche. Ceci m'a donné un échantillonnage d'environ trente personnes interrogées, pour un résultat de vingt huit questionnaires en retour. Il a été distribué à des infirmiers tous diplômés et via leur ICUS (infirmier chef d'unité de soins), avec trois consignes à respecter :

1. Ces professionnels devaient assurer à un pourcentage minimum de 50% d'activité
2. Ils devaient justifier de plusieurs années de pratique des soins infirmiers, toutes spécialités confondues
3. Ils devaient au moins être au nombre de cinq par institution.

Personnellement, je n'ai rencontré aucun professionnel des soins infirmiers qui ont répondu au questionnaire durant l'ensemble de la période qui leur était impartie pour cela, ni avant d'ailleurs, garantissant ainsi certains facteurs prioritaires, dont les principaux étaient :

- *L'autonomie* des personnes interrogées
- *L'authenticité* des réponses
- *Le temps* à disposition de chacun permettant la réflexion
- *La liberté* de choisir le moment propice pour répondre

Par la suite, après le dépouillement initial et une première analyse des résultats, j'ai rencontré en entretien, deux cadres des soins infirmiers des zones, Vallée et Ajoie et un "faiseur de Secrets" des Franches Montagnes, pour complément d'informations et précisions.

#### 4.3 Le questionnaire et les entretiens

Pour mener à bien mon enquête, j'avais le choix d'interroger les professionnels pressentis au moyen d'un questionnaire écrit, qui selon M. Fortin s'inscrivait : « *d'une manière générale, si l'on s'inscrit dans une démarche plutôt quantitative, vous utiliserez le questionnaire* » ou d'effectuer une série d'entretiens enregistrés, puis compilés et retranscrits sur support papier, cette technique se référant plutôt à une « *démarche qualitative* ». <sup>57</sup> Certes ce choix ne fut pas aisé à faire pour moi et afin d'y parvenir au mieux, j'ai essayé d'analyser de la manière la plus adéquate possible les avantages et les inconvénients de chacune des deux façons de procéder. Mais je ne ferai pas ici un énoncé complet de ma réflexion, qui serait inutile et fastidieux, je me contenterai de préciser plus bas, les éléments prioritaires en fonction desquels, j'ai finalement opté pour la première démarche au moyen du questionnaire écrit (quantitative) et la technique dite « *d'approche directe* », <sup>58</sup> qui me paraissait être la plus pertinente en lien avec la problématique de recherche que j'avais choisie.

Toutefois dans un second temps, j'ai complété mon instrument d'investigation, soit le questionnaire, par trois/quatre entretiens supplémentaires, menés non pas pour être insérés et influencer de quelque manière que ce soit les résultats obtenus au moyen des questionnaires, mais plutôt afin de pouvoir confirmer ou infirmer ceux-ci et ainsi me permettre de me positionner plus complètement face à la finalité du travail.

Les raisons pour lesquelles j'ai choisi d'interroger les infirmiers au moyen d'un questionnaire écrit étaient notamment :

- ❖ Pour *préserver l'anonymat* des personnes interrogées, de même que pour *éviter toute implication personnelle* (de moi-même) dans le processus de réponse. Mais également pour que les professionnels concernés puissent *disposer d'une liberté* optimale en termes de temps, leur permettant de *répondre*, sans être confrontés au stress du "*direct*". De plus, le caractère "*illégal*" du sujet traité relatif à l'application des pratiques traditionnelles de soins (utilisation de certaines d'entre-elles dans le cadre professionnel, divulgation de nom de personnes, de lieux ou d'endroits dans lesquels ces pratiques sont appliquées par les guérisseurs, mais également par les professionnels eux-mêmes, etc... ),

<sup>57</sup> Poisson M. cadre supérieur infirmier enseignant, adjoint à la directrice de l'IFSI, CHU Bichat-Claude-Bernard, APHP, *Mémoire de fin d'études infirmières*, Guide méthodologique, Paris, Ed. Maloine, 4<sup>ème</sup> revue et augmentée, 2003, p. 98 in (HEVs2, cours H:/Enseignement/Méthodologie HES/INF, Cycle II)

<sup>58</sup> Ghiglione R. / Richard J.F. *Cours de psychologie 2* « Bases, méthodes, épistémologie », Paris, Editions Dunod, 3<sup>ème</sup> édition (entièrement revue et augmentée), 1998 in (HEVs2, cours méthodologie, Cycle II)

ceci aurait potentiellement pu faire craindre des sanctions et selon les réponses données, fausser les résultats obtenus. Et enfin, parce que le choix du moment à disposition, le temps de réflexion, l'isolement..., autorisaient certainement la mise en évidence *d'éléments importants* en lien avec les pratiques pressenties (réactions des patients, ressenti des soignants...), ce qui n'aurait que partiellement été réalisable, si le choix de la technique d'investigation s'était porté sur *"l'entrevue directe, de personne à personne"*. (sources : Fiches méthodologiques 8.8)

D'ailleurs à ce propos, j'ai identifié deux remarques qui soulignent mon choix et qui émanent, l'une des fiches méthodologiques :

*« L'enquête (ou sondage) est une méthode de recherche de type descriptif : Elle consiste à interroger, par questionnaire écrit ou (par entrevue dirigée souvent téléphonique), un échantillon représentatif de la population. Cette façon de procéder, qui préserve l'anonymat des répondants, permet d'obtenir des renseignements sur des sujets qui, pour des raisons d'ordre moral ou technique, ne pourrait être observé directement ou par entrevue de personne à personne ».*<sup>59</sup>

Et l'autre, relevée chez A. Saumier, qui décrit une position intéressante en termes "d'influences" que peuvent subir les personnes interrogées au cours d'une enquête : *« La perte de l'anonymat »* ainsi que *« la subjectivité de l'intervieweur »* et *« la résistance de l'interviewé »*.<sup>60</sup> (Fiche méthodologique 8.8)

Ce qui m'a encore conforté dans mon choix du questionnaire comme moyen d'investigation.

Le document d'enquête comprend une première partie consacrée au profil des professionnels, puis une seconde avec treize points principaux dont six interrogations directes concernant les pratiques traditionnelles de soins, quatre se rapportant aux soins eux-mêmes, une spécifique au champ relationnel (et sur la prise en compte des pratiques de guérison) et la dernière en termes d'avis personnel. Enfin, un point facultatif réservé à l'expression de chacun clôturait le document.

Sept questions ont été sélectionnées pour répondre aux interrogations directement liées au questionnement. Les autres, d'ordre plus général et réclamant pour certaines une courte explication, ont été élaborées principalement pour favoriser la compréhension des résultats obtenus et au besoin les conforter.

Pour les premiers points sélectionnés, une liste des éléments déterminants soumis aux professionnels a été établie en lien avec d'une part, les principales pratiques de guérison proposées au nombre de trois (remèdes, vieilles recettes et secrets) et d'autre part, les problématiques auxquelles elles se rapportaient (dix pour les remèdes, trois pour les vieilles recettes et sept pour les secrets). Le nombre d'éléments dans chaque catégorie n'a pu être égal, car il s'agissait en priorité de pouvoir s'appuyer sur une liste qui soit fiable et surtout identifiable par les personnes interrogées, pour chacun des facteurs proposés. Par souci d'équilibre et d'exactitude dans l'interprétation des résultats, seules les trois réponses présentant les chiffres les plus élevés ont été retenues, pour

---

<sup>59</sup> Trépanier L. *Le cours*, CD-ROM, CCDMD, 1999 (adapté de Saumier A.) in (<http://www.ed4web>)

<sup>60</sup> Saumier A. *Initiation pratique à la méthodologie des sciences Humaines (IPMSH)* idem (en ligne)

chacune des catégories, s'alignant ainsi sur la moins représentative, soit celle des vieilles recettes.

La liste des pratiques traditionnelles de guérison a été sélectionnée dans le livre de G. Schindelholz et certaines confirmées également par la *tradipraticienne* (faiseuse de secrets) interrogée dans un second temps

Pour la question concernant un choix des facteurs relationnels, l'énumération non exhaustive a été établie en partenariat avec ma directrice de mémoire et selon une série d'éléments spécifiques habituellement reconnus.

Seize d'entre-eux ont été choisis et répartis de manière égale (huit en lien avec les soignants et huit concernant les clients).

La liste sélectionnant notamment les types de soins (de base et divers plus complexes) a été élaborée parmi un ensemble de prestations, fourni par la Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile de Delémont (Doc. Catalogue de prestations, 2006), ce listing a été utilisé pour conforter les résultats, mais n'est pas entré dans leur interprétation.

L'ultime question, concernait uniquement et de manière directe, la nécessité pour les infirmiers à domicile de prendre en compte ou pas ces pratiques populaires dans leur activité soignante au quotidien, pour ce point, les personnes pouvaient répondre par oui ou par non, ou ne pas se prononcer (à noter qu'ici, sept questions sur l'ensemble ont été sélectionnées / interprétées).

Chaque professionnel a pu répondre aux questions posées, isolément, de manière individuelle et surtout au moment opportun et avec concentration et réflexion (ceci m'a été confirmé par les cadres des soins, responsables du bon déroulement de la démarche).

Quant au nombre de questionnaires à distribuer, je me suis basé également sur les apports de la théorie, qui dit à ce propos :

« Une trentaine de questionnaires semble un chiffre acceptable, sachant qu'il faudra en distribuer une cinquantaine, compte tenu du pourcentage important de "pertes" à prévoir ». (M. Poisson, 2003, p. 110) in (HEVs2, cours méthodologie, Cycle II)

J'ai donc distribué une trentaine de questionnaires en lien avec le nombre de professionnels préalablement choisis, j'ai œuvré sans compter pour qu'une grande majorité des dossiers puisse m'être restituée et j'ai pu constater avec plaisir que vingt huit d'entre-eux m'ont été retournés dûment remplis, soit le 93.33%.

Concernant la phase de test du questionnaire, je l'ai effectuée préalablement à l'enquête proprement dite et auprès d'une dizaine de personnes faisant toutes parties du domaine infirmier, notamment des étudiants HES de 4<sup>ème</sup> année. Les réponses et remarques obtenues lors de cette phase "d'essai", m'ont permis de réajuster certains éléments en lien avec les questions et par rapport à l'énoncé de départ, principalement en termes de :

- Différence entre Secrets et Pratiques traditionnelles
- Division géographique des lieux
- Eléments spécifiques issus de la Croyance ou de la Tradition
- Facteurs généraux favorisant et limitant la démarche
- Précision dans l'énoncé des questions, etc...

## Les entretiens

Dès le départ, l'option des entretiens complémentaires a été retenue. Le nombre de quatre paraissait être le plus adapté, les deux premiers auprès de cadres infirmiers des institutions de soins à domicile du Jura et les deux autres, l'un avec l'auteur de l'ouvrage de référence et le dernier avec un faiseur de secret. Ce choix permettait d'être confronté directement avec la réalité du terrain, au contact des acteurs principaux intéressés par la recherche. Ces entrevues n'ont pas été planifiées pour tenir compte des résultats qu'elles dégageraient, ni pour influencer de quelque manière que ce soit ceux obtenus dans les questionnaires écrits. Elles ont été réalisées dans le but d'appuyer, de confirmer ou d'infirmer la pertinence des hypothèses émises en lien avec le questionnement. Elles ont été programmées, pour deux d'entre-elles dans des lieux professionnels, pour la troisième à domicile et pour la quatrième dans un établissement public pour des raisons d'organisation. Chaque entretien a été planifié pour une durée de quinze à vingt minutes environ et seuls les deux effectués avec les responsables des soins ont été enregistrés, les éléments principaux ressortant de ces entrevues sont in extenso à disposition sur support audio. (cités sous *Annexe 6*)

### *4.3.1 Le recueil des données*

Le recueil des données s'est effectué en deux temps, l'un pour tout ce qui concernait les supports écrits et l'autre relatif aux entretiens complémentaires.

## Grille d'évaluation

Les seize différentes grilles ont été construites en lien direct avec les facteurs qui devaient être pris en considération dans l'analyse des données, après la phase de dépouillement. Le choix des points principaux de cette construction permettait de mettre en évidence les éléments spécifiques afin de pouvoir confirmer ou infirmer les hypothèses émises de même que juger, apprécier le degré d'atteinte des objectifs fixés et surtout vérifier le bien fondé du questionnement. Des couleurs ont été introduites dans chaque grille en fonction des éléments à mettre en évidence en termes de résultats exploitables, à noter que les mêmes couleurs se retrouvent au niveau des graphiques et des schémas.

## Graphiques et schémas

La phase finale de représentation visuelle des résultats obtenus et ressortant des grilles d'évaluation, figure sur les vingt huit graphiques et schémas qui furent développés en lien avec chaque grille, elles-mêmes se rapportant aux diverses questions. Le choix des graphiques en colonnes et en couleurs, souscrit une lecture facile et claire des résultats chiffrés en nombres de réponses. Quant à ceux de forme circulaire, ils permettent de visualiser plus aisément les résultats exprimés en pourcentage.

A noter que dans la représentation graphique des réponses figurent seulement

les points numérotés pour chaque liste (pratiques traditionnelles, soins de base et divers, facteurs renforcés). Par contre la rubrique "autre" de chacune des trois catégories n'y apparaît pas, ceci simplement parce que ce point a été conçu pour permettre à chaque professionnel de jouir d'un espace libre d'expression leur permettant d'y ajouter un commentaire ou une connaissance supplémentaire, mais ceux-ci ne devaient en aucun cas s'insérer dans les résultats (j'ajoute ici, que les questions relatives au fait d'envisager, proposer ou mobiliser les pratiques de guérison, n'apparaissent pas ici en lien avec le respect de l'anonymat). Enfin, pour les trois catégories de pratiques populaires de soins (secrets, remèdes, vieilles recettes) seuls les trois meilleurs chiffres de chacune d'entre-elles ont été pris en compte pour s'aligner sur celle la moins représentée (vieilles recettes), comme déjà précisé.

Troisième partie



*Un herboriste du temps passé.*



## 5. Présentation et discussion des résultats

Plusieurs découvertes furent d'emblée intéressantes pour moi et ont retenu toute mon attention dès le début de la lecture des résultats :

La première, met en évidence la réticence des infirmiers à mobiliser les pratiques traditionnelles et populaires de soins, bien que plusieurs d'entre-eux les utilisent parfois, cette réaction est vraisemblablement à mettre en lien avec le cadre médical auquel se réfère la dispensation des soins infirmiers, surtout à domicile et en termes de responsabilités !

La seconde, fait ressortir la large connaissance de la plupart des pratiques de guérison, par ces mêmes professionnels.

### 5.1 Les résultats

La phase de dépouillement a permis d'introduire plusieurs centaines de réponses issues des questionnaires, qui ont été répertoriées et classifiées dans les grilles d'évaluation préalablement codées, pour qu'en finalité les éléments essentiels puissent être représentés visuellement au moyen des graphiques.

Ces éléments ont été mis en évidence selon la quantité des réponses données en relation avec les questionnements et selon deux critères, d'une part numérotés dans l'ordre de réception des questionnaires et d'autre part en fonction des trois zones investiguées, différenciées par trois couleurs distinctes :

☀ *Zone I* : du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> questionnaire pour Delémont et du 25<sup>ème</sup> au 28<sup>ème</sup> pour Porrentruy, pour ces deux régions, neuf questionnaires ont été retournés sur dix, il en manquait donc un

☀ *Zone II* : du 6<sup>ème</sup> au 10<sup>ème</sup> questionnaire pour la Chaux-de-Fonds et du 11<sup>ème</sup> au 15<sup>ème</sup> pour le Vallon de St Imier, pour ces deux régions, dix questionnaires sur dix ont été retournés

☀ *Zone III* : du 16<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> questionnaire pour la ville de Neuchâtel et du 20<sup>ème</sup> au 24<sup>ème</sup> pour le Val-de-Ruz. Enfin pour ces deux dernières régions, neuf questionnaires sur dix ont été retournés, là aussi un était manquant

Vu que deux questionnaires sur trente n'ont pas été retournés (un pour chacune des deux zones, respectivement I et III) et afin de garantir une interprétation statistique rigoureuse et équilibrée des résultats obtenus, *le questionnaire numéro quinze de la zone II (région de St Imier)* a été retiré, permettant ainsi que les trois zones investiguées soient représentées de manière strictement égale, soit par neuf documents chacune.

De plus, des couleurs ont été utilisées en fonction des différentes catégories et listes présentées, permettant ainsi la mise en évidence des éléments significatifs pour chacune d'elles. A noter que ces mêmes couleurs se retrouvent dans les grilles d'évaluation et dans les graphiques.

Enfin, les commentaires des professionnels ont été répertoriés,<sup>61</sup> mais n'ont pas été introduits dans l'une ou l'autre des grilles d'évaluation, car ils n'étaient pas censés influencer ni modifier les résultats. Et comme souligné dans le chapitre consacré à la méthodologie, les graphiques en colonnes illustrent les réponses chiffrées alors que ceux de forme circulaire, les résultats exprimés en pourcentage.

#### 5.1.1 Mots clés

Les éléments cités le plus fréquemment et se rapportant aux trois catégories de pratiques traditionnelles de soins listées, en lien avec les problématiques correspondantes, toutes zones et tous questionnaires confondus, sont les suivants :

1. Pour les **secrets** : brûlures, verrues et hémorragies
2. Pour les **remèdes** : entorses/foulures, piqûres d'insectes et coliques
3. Pour les **vieilles recettes** : insomnies et diarrhées

Toutes zones confondues également et selon l'approche soignante, les facteurs renforcés dans la relation de soins, cités le plus fréquemment sont :

(Pour les professionnels)

- 1) La compréhension des demandes du patient par les soignants
- 2) L'alliance thérapeutique soignants / soignés

(Pour les clients)

- 3) La motivation du client
- 4) La confiance des clients envers les professionnels

#### 5.2 Liens avec les hypothèses et objectifs

Pour que les résultats concernant les trois catégories de pratiques traditionnelles de soins puissent être interprétés de manière adéquate et équitable, je précise, comme je l'ai déjà souligné dans le chapitre consacré à la méthodologie, que seules les trois meilleures réponses de chacune des trois catégories de problématiques en lien avec l'application des croyances et traditions de soins ont été prises en considération, s'alignant sur la catégorie la moins représentative (vieilles recettes), cette précision ne concerne que cette liste et non celle des facteurs relationnels qui comportait huit propositions concernant les professionnels et huit les clients. Ceci étant dit, voici les

---

<sup>61</sup> Références disponibles *Entretiens (support audio K7)*, sous Annexe 6)

résultats qui ressortent du dépouillement des documents d'investigation et mis en relation avec les questions, les hypothèses et les objectifs.

✚ Dans la région investiguée, plusieurs pratiques traditionnelles de soins sont aujourd'hui connues (Q1) et pour certaines d'entre-elles encore fréquemment utilisées par les clients (Q2).

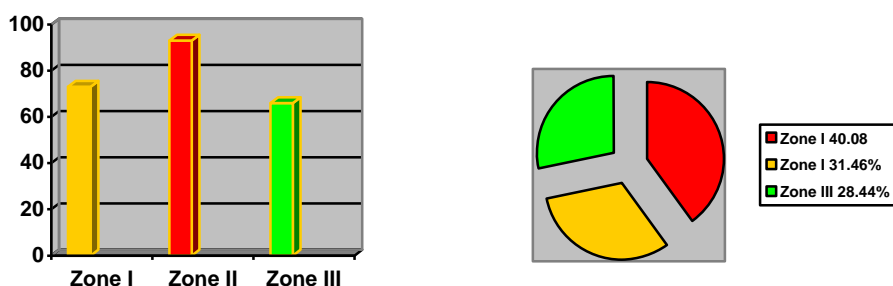
Démontrer que certaines pratiques traditionnelles de soins régionales, parmi la liste présentée aux professionnels et associées à des problématiques correspondantes, existent encore aujourd'hui dans cette région et quelles sont celles qui sont le plus souvent mobilisées par les clients.

La première hypothèse s'est avérée pertinente et le premier objectif a été atteint, puisque tous les professionnels interrogés ont chacun identifié au minimum une pratique traditionnelle de soins en lien avec une problématique spécifique parmi la liste proposée qui en comptait vingt au total, pour l'ensemble des trois catégories choisies (secrets, remèdes et vieilles recettes) et tous les questionnaires comportaient au moins une citation.

Au total 232 citations (toutes pratiques et toutes zones confondues) ont été identifiées sur 540 possibles, soit une moyenne de **8.59 pratiques reconnues par professionnel**.

De plus, la répartition par zones a mis en évidence que c'est dans la région des Montagnes neuchâteloises et du Vallon de St Imier (zone II) que les professionnels des soins infirmiers à domicile en ont identifié le plus avec 93 citations (40.08% de l'ensemble des réponses), par rapport au deux autres régions, celle de Delémont et de Porrentruy (zone I) avec 73 citations (31.46% de l'ensemble des réponses) et enfin celle du Val-de-Ruz et de Neuchâtel (zone III) avec 66 citations (28.44% de l'ensemble des réponses).<sup>62</sup>

1.



Pour la deuxième hypothèse, les professionnels ont reconnu quelles étaient les pratiques de guérison que leurs clients utilisaient le plus fréquemment et toujours en relation avec les mêmes problématiques. Le second objectif a donc également été atteint.<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Représentation détaillée par zones du Graphique IV sous Annexe 5 a)

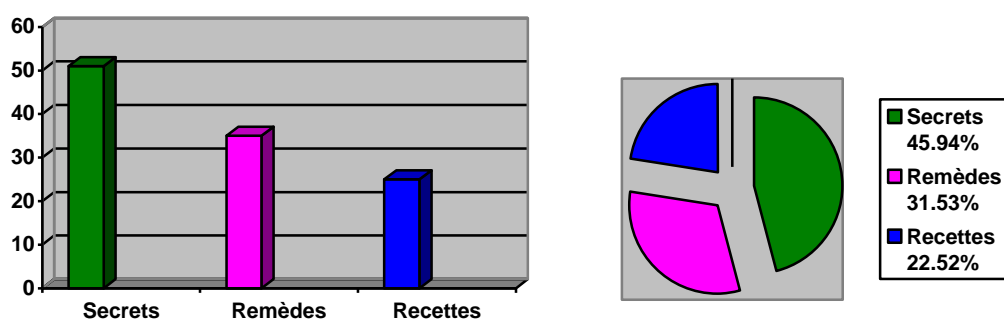
<sup>63</sup> Représentation détaillée par zones du Graphique VII sous Annexe 5 b)

Ils ont tout d'abord cité la pratique des secrets avec 51 citations (45.94% de l'ensemble des réponses données) et en priorité, celle qui concerne les problématiques liées aux brûlures avec 8 citations (toutes zones confondues)

Puis vient l'application des remèdes avec 35 citations (31.53% de l'ensemble des réponses données) et en priorité celle concernant les entorses et les foulures avec 14 citations (toutes zones confondues)

Enfin, l'utilisation des vieilles recettes avec 25 citations (22.52% de l'ensemble des réponses données), à noter que pour cette catégorie, une petite différence apparaît, en ce sens que deux utilisations ont obtenus le même nombre de points (toutes zones confondues) à savoir, celle en relation avec les insomnies, complétée par celle utilisée dans les cas de diarrhées ou de vomissements, 10 citations chacune.

## 2.



✚ Les infirmiers des soins à domicile de cette région en connaissent les principales (Q4), mais ne les utilisent que peu (Q5) et uniquement certaines d'entre-elles (Q5.1)

Déterminer parmi celles proposées, lesquelles sont les plus connues des infirmiers, si ces derniers les mobilisent et lesquelles d'entre-elles.

La troisième hypothèse préjugait que les infirmiers à domicile de cette région connaissent les principales pratiques populaires de soins, parmi la liste proposée en lien avec les problématiques correspondantes. L'objectif lié à cette hypothèse a été atteint, car la lecture des résultats, montre qu'en effet ceux-ci en ont identifié la plupart et par conséquent les connaissent. Et ici également, nous les retrouvons classées dans le même ordre que précédemment.<sup>64</sup>

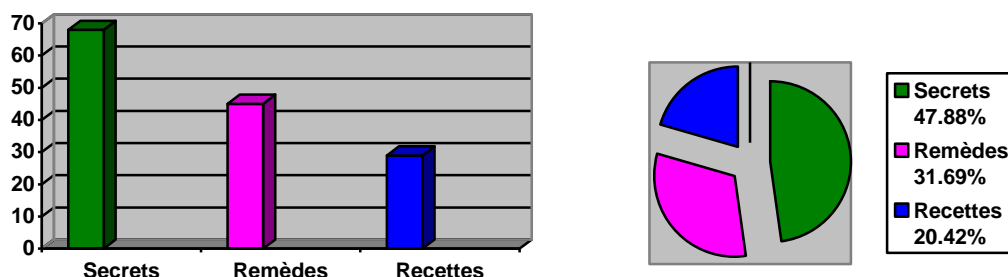
La pratique des secrets avec 68 citations (47.88% de l'ensemble des réponses données) et encore contre les brûlures, 28 citations (trois zones confondues)

L'application des remèdes avec 45 citations (31.69% de l'ensemble des réponses données), ici par contre, en lien avec la piqûre des abeilles, 17 citations (trois zones confondues)

<sup>64</sup> Représentation agrandie du Graphique XI sous Annexe 5 c)

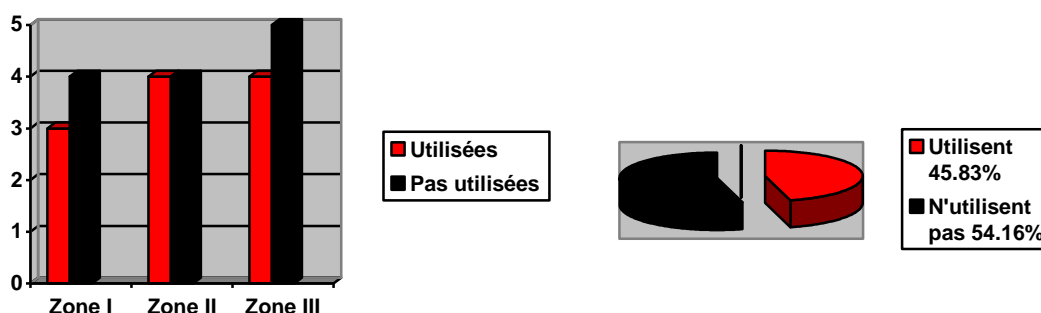
L'utilisation des vieilles recettes avec 29 citations (20.42% de l'ensemble des réponses données) et ici également pour les problèmes d'insomnies, 14 citations (trois zones confondues).

### 3.



Le point suivant en lien avec la quatrième hypothèse, questionnait directement les professionnels sur *l'utilisation* ou non de tout ou partie des pratiques de guérison en relation avec les soins dispensés. Ici, à mon grand étonnement, cette hypothèse n'a été que partiellement validée par le partage des réponses obtenues. En effet, les professionnels ont répondu négativement pour treize d'entre-eux (54.16% de l'ensemble des réponses validées), mais tout de même positivement pour onze personnes (45.83% de l'ensemble des réponses validées) parmi les vingt sept interrogées. A noter que trois professionnels ne se sont pas prononcés ou se sont exprimés avec un commentaire, qui n'a pu être pris en compte dans l'interprétation.<sup>65</sup>

### 4.



Certes ici aussi l'objectif a été atteint, puisque vingt quatre professionnels sur vingt sept ont répondu, mais je dois reconnaître que je m'attendais à un résultat négatif plus net !

La cinquième hypothèse, supposait que pour ceux d'entre les professionnels, qui avaient répondu positivement à la question précédente, ils n'en utilisaient que certaines d'entre-elles, en lien avec les problématiques correspondantes. L'objectif était de faire ressortir lesquelles de ces pratiques étaient éventuellement utilisées par les infirmiers et il a été atteint, car les onze qui ont répondu positivement à la question précédente, ont cité certaines des pratiques qu'ils mobilisaient.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Représentation détaillée par zones du *Graphique XIII* sous *Annexe 5 d)*

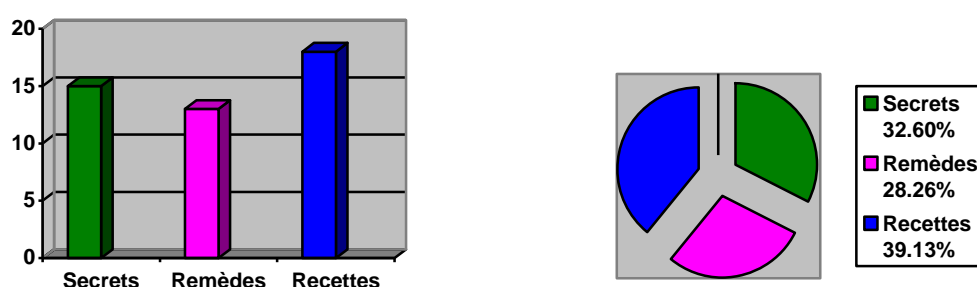
<sup>66</sup> Représentation détaillée par zones du *Graphique XIV* sous *Annexe 5 e)*

Ici, pour la première fois, c'est la catégorie des vieilles recettes qui a été le plus souvent mentionnée avec 18 citations (39.13% de l'ensemble des réponses données), dont 8 en lien avec les cas de diarrhées (toutes zones confondues)

Vient ensuite la pratique des secrets avec 15 citations (32.60% de l'ensemble des réponses données), dont 5 pour chacune des problématiques suivantes, brûlures, verrues, hémorragies et entorses (toutes zones confondues)

Et enfin, la catégorie des remèdes avec 13 citations (28.26% de l'ensemble des réponses données) et ici également 5 d'entre-elles en lien avec les problématiques d'entorses et de foulures (toutes zones confondues).

## 5.



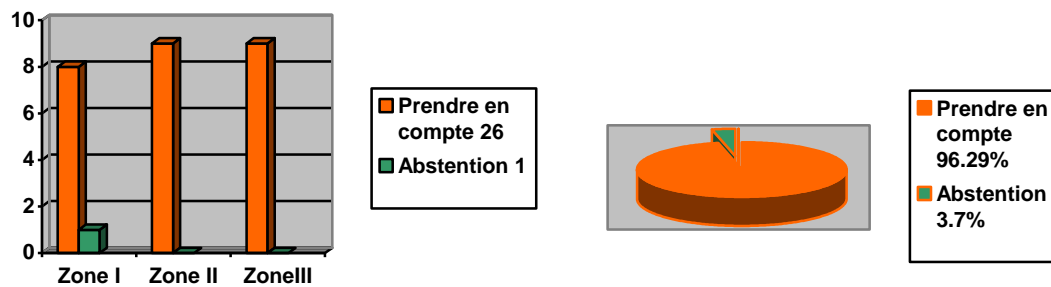
✚ *Les professionnels des soins à domicile sont favorables à la prise en compte de ces pratiques traditionnelles (Q8) et pensent qu'elle peut renforcer certains facteurs spécifiques de la relation soignants / soignés (Q7).*

Identifier si les infirmiers à domicile de cette région sont favorables à la prise en compte des pratiques populaires de soins de leurs clients et mettre en évidence, selon l'approche soignante, au moins deux facteurs spécifiques parmi ceux de la liste proposée (un concernant les soignants et l'autre les clients) susceptibles d'influencer la relation soignants / soignés.

L'avant dernière hypothèse présumait que les infirmiers à domicile interrogés, étaient favorables à une prise en compte totale ou partielle des pratiques traditionnelles de guérison de leur clientèle en lien avec la démarche thérapeutique. Ici également l'objectif fixé a été atteint, puisque le résultat est positif pour 99% des personnes interrogées, soit 26 professionnels sur 27 qui pensent qu'il est vraisemblablement nécessaire de reconnaître et de prendre en considération les pratiques traditionnelles de guérison de leurs clients, dans leur activité quotidienne ! A noter qu'à cette question, seul un professionnel s'est abstenu sans donner de réponse, ni positive, ni négative.<sup>67</sup>

<sup>67</sup> Représentation détaillée par zones du Graphique XXVII sous Annexe 5 f)

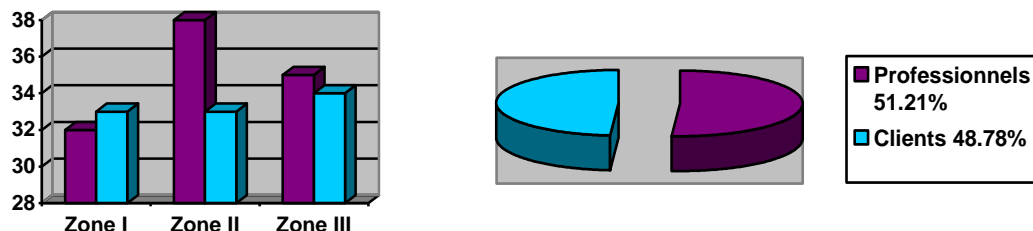
## 6.



La dernière hypothèse prévoyait que certains facteurs relationnels parmi une liste présentée, pouvaient être renforcés, si les professionnels prenaient en compte les pratiques traditionnelles de soins de leurs clients dans leur relation à ces derniers. L'objectif était de mettre en évidence, selon l'approche des infirmiers, au moins deux facteurs spécifiques parmi la liste proposée (un relatif aux professionnels et l'autre aux clients), potentiellement renforcés dans la relation soignants / soignés. Il a été atteint, puisque plusieurs facteurs ont été cités, dont deux ressortent de manière plus nette.<sup>68</sup>

Pour les professionnels (concernant eux-mêmes), 105 citations ont été relevées (51.21% de l'ensemble des réponses données), toutes zones confondues, pour la totalité des facteurs relationnels proposés (huit). Et relatif aux clients, (selon les professionnels) 100 citations ont été identifiées (48.78% de l'ensemble des réponses données), dans les mêmes conditions.

## 7.



A la lecture des résultats concernant cette septième hypothèse, nous voyons que les infirmiers des services de soins à domicile qui travaillent dans ces régions, ont mis en évidence au travers de leurs réponses, deux facteurs prioritaires, qui seraient influencés par la prise en compte des pratiques populaires de soins de leurs patients.<sup>69</sup>

- Pour les professionnels : ***une meilleure compréhension des demandes de leurs patients*** avec 21 citations. Vient ensuite ***l'alliance thérapeutique soignants / soignés*** avec 18 citations.

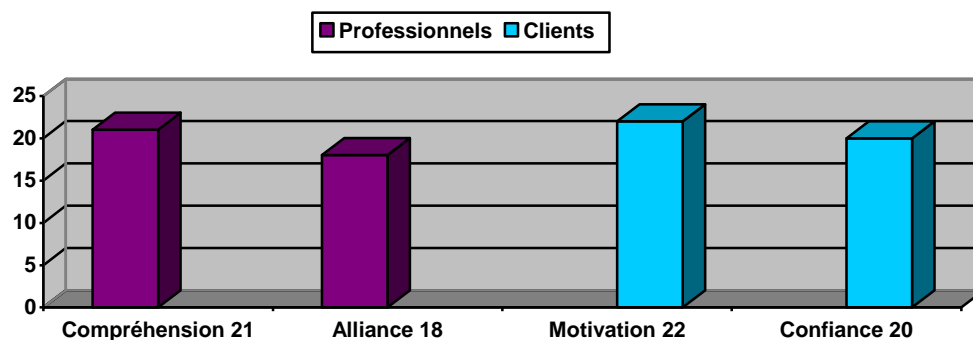
<sup>68</sup> Représentation détaillée par zones du Graphique XXV sous Annexe 5 g)

<sup>69</sup> Représentation graphique détaillée par zones du Graphique XXVI sous Annexe 5 h)



- Et pour les clients : ***une plus grande motivation*** avec 22 citations, pour eux, de participer à la démarche de soins. Vient ensuite la confiance des clients (envers les soignants) avec 20 citations.

## 8.



Ici aussi, l'objectif qui était d'identifier, pour les professionnels comme pour les clients et selon l'approche soignante, quels étaient les principaux facteurs relationnels renforcés si les infirmiers prenaient en compte les pratiques traditionnelles de guérison de leur clientèle dans leur relation thérapeutique a été atteint.

Enfin, un point également important pour moi, privilégiait une approche sélectionnée par zones. Et grâce à cette particularité, j'ai pu constater qu'il existait une réelle différence entre les trois zones distinctes en termes de reconnaissance, voire d'utilisation des pratiques de guérison en lien avec les problématiques présentées.

Grâce à ce moyen, j'ai pu clairement mettre en évidence, que pour les points traités, c'est majoritairement dans la région des Montagnes neuchâteloises (Chaux-de-Fonds) et du Vallon de St Imier (zone II), que les catégories de pratiques traditionnelles de soins présentées étaient le plus souvent citées, notamment celles qui consistent à faire le Secret !

### 5.3 Discussion et analyse des résultats

Pour ce chapitre, j'ai pensé qu'il serait intéressant de présenter l'analyse des éléments significatifs qui ont été mis en évidence par les résultats obtenus, ainsi que d'autres n'y figurant pas obligatoirement (mais tout aussi importants pour la bonne compréhension de la problématique), sous forme de discussion / analyse consistant à établir des liens entre certains des résultats retenus, une partie de la réalité du terrain, quelques extraits d'ouvrages de référence en lien avec les concepts et un positionnement plus personnalisé.

**La prise en compte des croyances et pratiques traditionnelles de soins de la clientèle, par les infirmiers des services de soins à domicile régionaux, est-elle pertinente et ceci peut-il influencer la relation soignants/soignés ?**

D'abord, j'ai constaté, sans qu'il n'y ait eu de directives préalables à ce sujet, qu'une majorité des professionnels interrogés était des femmes (27 sur 28).



Ceci montre bien que la profession infirmière est encore aujourd'hui largement l'apanage de ces dernières : «...la dispense des soins infirmiers se présente désormais comme une tâche presque exclusivement féminine ». (Fritschi, 1990 : 57-59) in (HEdS-ARC, module 121, Cycle II, réf. P. Godet, 2002, p.29)

Mais il est vrai que "l'acte de vie" comme celui de prendre soin : « *Soigner est d'abord et avant tout un acte de vie,...* ». (M.F. Collière, 1982, p. 241) est depuis la nuit des temps un rôle dévolu à la femme. Rôle magnifique s'il en est, car au travers de celui-ci, en plus du fait de "donner la vie", c'est bien elle qui est chargée de veiller sur l'ensemble du foyer et de ses occupants, notamment en termes de soins.

L'histoire des soins infirmiers nous montre également, qu'à part quelques rares exceptions :

« *Du côté masculin, citons les congrégations des « Frères de la Charité » et des « Clercs réguliers ministres des infirmes », créés en 1572 et 1586* ». (Bischoff, 1984, p. 22)

Les soins aux malades étaient et ont été jusqu'à la fin du siècle passé encore, assurés presque exclusivement par des femmes. Mais il est vrai que depuis quelques années, les hommes commencent à s'y intéresser ! Car auparavant, le rôle masculin au sein des soins infirmiers, se cantonnait principalement à ce que l'on appelait plus communément à l'époque, les "asiles de fous" :

« *Rappelons qu'à cette époque, les hommes qui pratiquaient ce métier étaient pour la plupart des vagabonds pauvres et souvent simples d'esprit engagés dans les « asiles de fous » principalement pour leur force physique de laquelle ils tiraient un certain pouvoir sur les malades* ». (Valsangiacomo, 1991 c : 150)

Les croyances, les traditions, mais aussi les coutumes, les habitudes de vie, les valeurs individuelles et sociales sont des dimensions qui sont à la base de toutes les sociétés humaines et qui sont autant d'éléments de référence pour les individus qui en forment le tissu primitif.

A fortiori, lorsque l'on parle de soins aux personnes, ces notions prennent une coloration toute particulière, en ce sens qu'elles deviennent des facteurs indispensables pour l'accomplissement de la vie dans de bonnes conditions.

En effet, comment dispenser ou recevoir des soins sans pouvoir s'appuyer sur des valeurs, sans inclure toutes ces actions salutaires dans les habitudes de vie au quotidien, sans se référer à des traditions ou à des croyances, en lien avec la santé !

« *...les croyances sont des dimensions essentielles dans les soins, dans toutes les sociétés, à toutes les époques, que l'on soit soigné, soignant ou encore bien portant* ». (A. Vega, 2001, p. 49)

« *Les habitudes de vie, comme les croyances qui relèvent d'elles, touchent fondamentalement et initialement à tous les grands domaines assurant le maintien et l'entretien de la vie* ». (M.F. Collière, 1982, p.p. 281 et 282)

Les croyances, les traditions, les coutumes ancestrales ont donné naissance et ont façonné les pratiques populaires et traditionnelles de soins et ces pratiques ont de tous temps été mobilisées pour améliorer et maintenir l'état de santé des individus. Elles occupent donc une place prépondérante au sein des sociétés humaines :

*« Les méthodes médicales naturelles (dans leur juste emploi) surpassent sans aucun doute tous les autres procédés thérapeutiques, (leurs éléments agissant sur l'ensemble du mécanisme vital et fonctionnel de l'organisme humain) de la façon la plus intense et l'on peut dire qu'elles cherchent à donner la santé en ranimant la vitalité profonde de l'être ».* ibid. (M.F. Collière, 1982, p. 53)

La dénomination de "soins populaires" englobe une multitude de moyens thérapeutiques, dans laquelle il n'est parfois pas aisé d'évoluer !

Les soins populaires se dispensent au travers de pratiques spécifiques et chacune d'elles présente une particularité qui la rend unique par rapport aux autres, par exemple pour le secret :

Faire le Secret consiste presque exclusivement à : *« réciter des prières (formules) qui s'adressent à Dieu ou aux saints, ou encore à La Vierge Marie »*. Ainsi, faire le secret implique un mouvement dynamique *« transcendantal »* si l'on peut s'exprimer ainsi. Il est en quelque sorte une *« force venue d'en haut »* dans un *« mouvement vertical, issu directement de Dieu »*. (selon G. Schindelholz, oct. 2007)

A l'exemple du secret, le processus d'application de chaque pratique de soins sera fonction des éléments qui la caractérise et des problématiques pour lesquelles elle sera pressentie.

Parmi les soins populaires, ceux qui se réfèrent directement aux soins d'hygiène de base et d'alimentation en termes de santé, découlant de ces croyances, de ces pratiques traditionnelles et de ces habitudes de vie, sont des coutumes ancestrales, solidement ancrées, bien présentes dans chaque région : *« Les pratiques alimentaires et celles du corps sont à l'origine de toutes les habitudes de vie et de toutes les croyances, elles constituent les plus vieilles coutumes du monde et sont toujours sous-jacentes à toute forme d'expression du processus santé – maladie »*. op. cit. (M.F. Collière, 1982, p. 282)

D'ailleurs à ce propos, j'ai remarqué que dans la pratique des soins en général et en particulier concernant celle des soins infirmiers, lorsque l'on favorise autant que l'on valorise une hygiène de vie adéquate, notamment en ce qui concerne les pratiques quotidiennes en lien avec les soins d'hygiène, l'alimentation, mais encore l'élimination, ou la mobilisation..., l'ensemble de la relation thérapeutique soignants/soignés et donc la prise en soins sont améliorées de manière significative.

Mis à part l'hygiène et l'alimentation, que peut-on encore ajouter sous l'appellation de *soins populaires* ? A ce propos, J. Debons et A. Vega précisent dans leurs ouvrages :

*« Le terme de "soins populaires" fait référence à des traditions médicales qui ont prévalu durant des siècles avant l'apparition du médecin. Elles forment la réponse spontanée et éprouvée que la population rurale d'alors avait élaborée pour pallier aux maladies et aux dangers de la vie quotidienne.* (J. Debons, 2003, p. 18)

*« ...ainsi, les soins populaires désignent les remèdes familiaux « les recettes de bonnes femmes » - souvent bribes de prescriptions qui furent aussi dans le passé, celle de la médecine savante... ».* (A. Vega, 2001, p. 140)

Je constate donc que les croyances et pratiques traditionnelles de soins que j'ai choisies de traiter dans mon travail (secrets, remèdes, vieilles recettes), font

bien partie de ce vaste domaine, regroupant les soins populaires, traditionnels et qu'elles s'inscrivent dans les coutumes et les traditions (ancestrales) de santé caractéristiques de cette région et ceci depuis bien longtemps, par exemple pour celle qui consiste à "faire le secret" :

*« Elle aurait une origine préchrétienne et, au cours des siècles se serait transformée et adaptée aux différents contextes culturels de la société ».*

(J. Debons, 2003, p. 29)

Je relève également qu'aujourd'hui, elles sont encore très présentes au sein de la population, puisque les professionnels des soins interrogés à ce sujet en ont reconnues plus de deux cents (réf. point 1. p. 62) et ceci principalement dans les Montagnes et Vallées (zone II).

D'ailleurs à ce propos A. Vega souligne que :

*« ... mais celles (les sociétés) où priment les modes de vie plus ruraux que citadins ; dans lesquelles bon nombre de savoirs et de Croyances sont transmis par la culture orale* (ce qui est par exemple le cas pour la pratique du secret).....

*Certaines le sont plus que d'autres, en fonction de leurs spécificités, comme par exemple celles dont les habitants vivent plus isolés donc plus enclins à devoir se débrouiller entre eux et par leurs propres moyens, ou encore celles regroupant des personnes vivant principalement de ce que la nature leur donne ».* op. cit. (A. Vega, 1994, p. 141)

J'ai aussi constaté que la population régionale les mobilise largement (réf. point 2. p. 63) et dans l'ordre suivant :

- 1) La pratique des secrets
- 2) L'application des remèdes de famille
- 3) L'utilisation des vieilles recettes de "grand-mère"

Lorsque j'ai questionné les infirmiers sur leurs connaissances au sujet des pratiques traditionnelles de soins de leur clientèle, j'ai relevé au travers de leurs réponses qu'ils en connaissaient les principales parmi celles qui leur étaient présentées (réf. point 3. p. 64), chacune d'elles en lien avec une problématique s'y rapportant (par ex. le secret pour les brûlures, etc...) et ici également dans le même ordre que précédemment.

Pour ma part, je pense que le fait que ces professionnels des soins travaillent à domicile, favorise, une approche globale et anthropologique de la clientèle, particulièrement concernant l'identification des ses habitudes de vie, de ses coutumes et par conséquent de ses pratiques traditionnelles de soins :

*« L'approche anthropologique prend toutes ses dimensions au domicile ou il y a possibilité de percevoir directement le milieu de vie (...) la démarche anthropologique est une approche globale, qui restitue les personnes dans leur contexte de vie en essayant de le comprendre par rapport aux coutumes, habitudes de vie, croyances, valeurs qu'il véhicule, ainsi que restituer l'impact de la maladie et des atteintes qui lui sont liées par rapport à ce contexte ».*

(M.F. Collière, 1982, p.p. 304 et 305)

De même que des éléments comme l'âge (20 professionnelles de plus de quarante ans sur 28), l'origine (22 professionnelles nationales) et l'expérience

professionnelle (25 infirmières diplômées depuis plus de dix ans), sont aussi des facteurs qui favorisent cette reconnaissance.

Par contre, les résultats en lien avec l'utilisation de ces pratiques de soins, par les professionnels dans leur activité quotidienne, m'ont surpris, puisqu'environ 45% de l'ensemble des infirmiers interrogés qui ont répondu selon les énoncés (réf. point 4. p. 64), dit en utiliser certaines d'entre-elles, notamment celles concernant les *vieilles recettes* (réf. point 5. p. 65) et ceci, même si il est vrai qu'aujourd'hui encore, une grande partie de la pratique infirmière est principalement structurée autour des prescriptions médicales :

« *La pratique infirmière est organisée autour de différentes tâches prescrites par le médecin pour investiguer, traiter, surveiller la maladie* ». ibid. (M.F. Collière, 1982, p. 128)

Et à ce propos, j'ai également noté, confirmation à l'appui, au cours des entretiens effectués avec les cadres des soins infirmiers, que si ces pratiques étaient utilisées en complément des soins classiquement proposés, c'était principalement afin de respecter au mieux le choix des clients concernant les moyens thérapeutiques qu'ils souhaitent mobiliser pour le maintien de leur santé, mais également avec une certaine discrétion et de nombreuses précautions, notamment en lien avec les autres professionnels de la santé (médecins, etc...).

Surprise réellement positive au sujet de ce résultat, tout comme je partage la remarque faite par une des infirmières interrogées dans la partie du questionnaire consacrée à l'avis personnel de chacun. Elle y disait en substance : « *On devrait plus tenir compte des Croyances et traditions populaires pour s'occuper de nos patients. Les connaissances du patient sont aussi une ressource pour nous* ». (selon remarque relevée au point : *avis personnel*)

La dernière partie du questionnement consistait à déterminer si les professionnels des soins infirmiers à domicile étaient favorables à la prise en compte des croyances et pratiques traditionnelles de soins de leur clients, dans leur activité et quels facteurs de la relation soignants / soignés pourraient être ainsi influencés !

Tout d'abord concernant la prise en compte de ces pratiques populaires de guérison, ils ont répondu positivement pour 99% d'entre-eux (réf. point 6. p. 66), je n'ai relevé aucune réponse négative, seul un infirmier ne s'est pas prononcé (abstention).

Ici, j'ai envie de proposer une explication à ce positionnement. En effet, j'ai trouvé une phrase dans l'ouvrage de N. Fleury, qui a retenu toute mon attention et avec laquelle je me sens parfaitement en accord :

« *Il semble bien que nous prenions de plus en plus conscience de l'importance des méthodes de guérison autres que celles rattachées à la médecine savante. La coopération au travers d'une complémentarité (et non d'une réduction des médecines "autres" à la médecine officielle), est ainsi quelques fois envisagée par le monde médical (...)*

*Des chercheurs travaillent actuellement sur la possibilité d'une coopération entre les médecines traditionnelles, parallèles ou autres, et la médecine savante* ». (N. Fleury, 1994, p. 84) (*coopération et complémentarité unies en une même dynamique et poursuivant un but identique, maintenir une bonne santé*).

Perspective d'avenir encourageante !

J'amènerai encore là cette autre hypothèse, que j'apprécie particulièrement, en ce sens qu'elle fait référence au "respect" des connaissances de chacun des acteurs impliqués dans le processus de soins :

« ...Reconnaître les compétences particulières et complémentaires des différents acteurs de soins et ceci reviendrait alors à reconnaître à tous les soignés un pragmatisme, c'est-à-dire, une autonomie face aux experts bio médicaux ». (A. Vega, 2001, ch. 3.5)

Puis, concernant les facteurs spécifiques pouvant être renforcés au sein de la relation soignants/soignés, si les professionnels reconnaissent tout ou partie des pratiques de soins de leur clientèle, les réponses ont été tout aussi évocatrices (réf. point 7. p. 66 exprimées en pourcentage).

Plusieurs facteurs parmi la liste de ceux proposés, ont été mis en évidence par les soignants (réf. 8. p. 67), en termes de renforcement du lien relationnel, à ce sujet, ils ne s'y trompent pas et sont quasi unanimes dans leurs réponses, prouvant ainsi qu'ils ont conscience de l'importance que revêt le "facteur relationnel" intégré à leurs prestations quotidiennes. Deux éléments clés ressortent en priorité :

D'une part, une meilleure compréhension des demandes de leurs patients et par extension des attentes que ces derniers ont vis-à-vis des soignants.

D'autre part, une alliance soignants/soignés favorisée améliorant l'ensemble du processus thérapeutique ainsi valorisé et durant tout le déroulement, des cinq différentes étapes de *la démarche scientifique de soins* (M. Phaneuf, 1986) :

1. *Le recueil des données et l'anamnèse* sous les quatre angles (bio-psycho, socio, culturel/spirituel)
2. *L'analyse* de la situation du patient et l'émission de *diagnostics infirmiers*
3. *La détermination d'objectifs* en lien avec les problématiques et les diagnostics
4. L'établissement et la mise en pratique du *plan de soins*
5. *L'évaluation* de la finalité des soins et au besoin le réajustement des actions.

Viennent ensuite, la motivation des soignés à améliorer leur santé qui est augmentée lorsque les soignants reconnaissent les pratiques de guérison de leurs clients, de même que la confiance que ces mêmes clients vont témoigner envers les professionnels et ces deux éléments sont prioritaires en termes de "valorisation" de la relation. Et je pense qu'il est bien de relever à ce propos que lorsque des éléments comme la *motivation* et la *confiance*, sont non seulement présents, mais encore valorisés et renforcés au sein d'une relation de soins, ils représentent une garantie supplémentaire de pouvoir atteindre tout ou partie des objectifs fixés en partenariat.

Et ainsi : « *La pratique infirmière retrouve pour raison d'être la personne soignée. C'est le malade qui est le référent, le point de départ et l'aboutissement des soins...* » . (R.I. Janvier, 1971, p.p. 37-42) in (M.F. Collière, 1982)

Mais également :

« *On retrouve ici le désir de donner des « soins aux malades » (...) en utilisant le contenu de la relation pour donner d'autres bases aux soins que la compassion ou la technicité* ». (M. F. Collière, 1982, p. 155)

En effet, je souhaite que le désir et l'objectif de tous les professionnels des soins infirmiers, toutes spécialités confondues, soit de dispenser non seulement des soins techniques, mais à valeur égale, des soins relationnels "de qualité" et ceci doit pouvoir se retrouver de l'initiation à l'évaluation de chacune des actions de soins que ces derniers prodiguent à leurs patients !

### *5.3.1 Mon positionnement face au questionnement de recherche*

Tout le temps qu'a duré mon travail, depuis les premières lectures jusqu'à la correction finale de mon document écrit et après avoir passé systématiquement toutes les étapes citées dans le chapitre consacré à la méthodologie, je n'ai cessé d'être captivé par le sujet que j'avais privilégié. Avec beaucoup de rigueur, je pense que j'ai pu éviter une partie des nombreux pièges qui se tendaient sur mon parcours en lien avec le sujet traité et j'ai également l'impression d'avoir pu réaliser la majorité des objectifs que je m'étais fixés au départ.

Le questionnement qui était l'élément dynamique de mon travail a trouvé des réponses satisfaisantes pour la plupart d'entre-elles et c'est avec une certaine nostalgie qu'aujourd'hui je rédige les dernières lignes de mon mémoire.

Parler d'un sujet comme celui des pratiques traditionnelles de guérison n'était pas chose aisée, c'était un sacré défi pour moi, mais je l'ai relevé et j'espère l'avoir fait avec succès !

La synthèse que j'ai envie de proposer maintenant se présente sous forme de réponses aux nombreuses questions que je me suis posées en lien avec le sujet choisi et auxquelles je pense pouvoir répondre ici comme suit :

**Oui, la reconnaissance des pratiques traditionnelles et populaires de soins de la clientèle par les professionnels des soins à domicile sont pertinentes et cette prise en compte influence la relation soignants / soignés.**

Et ceci principalement :

*Parce que ces pratiques traditionnelles de guérison sont encore bien présentes aujourd'hui et parce que les clients les utilisent et en parlent aux professionnels*

*Parce que l'approche infirmière spécifique au domicile des clients est propice à la prise en compte des habitudes de vie et des traditions de soins de ceux-ci*

*Parce que les professionnels infirmiers en connaissent les principales et ne les nient pas*

*Parce que ces mêmes professionnels des soins à domicile pourraient envisager de les proposer et dans une certaine mesure pensent qu'il serait bénéfique de les mobiliser en complément de leurs prestations quotidiennes, lorsque les clients leur en parlent et surtout le leur demandent*

*Parce que la reconnaissance et la prise en compte de ces pratiques spécifiques de soins par les infirmiers renforcent certains facteurs de la relation de soins, en particulier la compréhension, l'autonomie et la confiance et parce qu'ainsi le partenariat peut se réaliser*

*Parce que la communication entre les acteurs de la démarche de soins (soignants / soignés) est favorisée ce qui permet notamment aux professionnels des soins de mieux appréhender les demandes (attentes) de leur clients*

*Parce que reconnaître les pratiques traditionnelles de guérison de la clientèle peut éviter l'extension des "charlatans" au profit des véritables guérisseurs*

*Et enfin, parce que ceci permettra peut-être à la profession infirmière de s'enrichir d'une dimension relationnelle supplémentaire et ainsi d'évoluer vers une autonomie plus importante en disposant d'un éventail élargi du champ des compétences professionnelles spécifiques.*

## 6. Conclusion

« Soigner est d'abord et avant tout un acte de vie, dans le sens que soigner représente une infinie variété d'activités qui visent à maintenir, à entretenir la vie et à lui permettre de se continuer et de se reproduire ». (M.F. Collière, 1982, p. 241)

### 6.1 Les bilans

Au pluriel, car j'ai séparé le bilan global de ce travail de recherche en deux parties distinctes, ceci me paraissant plus indiqué, car les éléments que j'en ai retirés sont différents, selon qu'ils ont touché ma sphère personnelle ou au contraire mon espace professionnel.

#### 6.1.1 Personnel

Ce travail de recherche m'a tout d'abord permis d'approfondir un sujet que je ne connaissais que partiellement et qui me tient particulièrement à cœur, ayant grandi et effectué une bonne partie de mon chemin de vie dans cette partie de l'Arc jurassien, dans laquelle les Croyances et Pratiques traditionnelles et populaires de soins que j'avais choisie de traiter sont très présentes et largement mobilisées au sein des familles. Ceci m'a également donné l'opportunité de me rapprocher un peu plus de mes racines et ainsi de renforcer les liens culturels et sociaux qui me rattachent à cette région.

Du point de vue strictement personnel, je dois déplorer le fait d'avoir en finalité mobilisé plus d'énergie et de temps à répondre aux exigences du cadre méthodologique proprement dit, qu'en recherche en tant que telle, même si cela peut aussi avoir un côté positif en termes d'apprentissage ! Mais je pense que mon envie de découvrir et de comprendre avec toujours plus de détails le sujet traité, m'a parfois handicapé au niveau du cadre à respecter.

Bien entendu, il m'est arrivé de temps à autre de douter du bien fondé de mon choix, mais je dois dire que ce travail a représenté pour moi un tel ensemble de partages positifs, si denses et si riches, que la plupart des éléments négatifs se sont naturellement estompés au profit de ceux qui m'apportaient joie et satisfaction. Je peux même dire, à ce propos, qu'ils furent sans aucun doute les éléments dynamiques qui m'ont permis de construire et de développer l'ensemble de ma recherche et de n'avoir de cesse de la peaufiner et de l'améliorer. Pour illustrer mes propos, voici quelques-uns parmi les principaux apprentissages que j'ai effectués au plan personnel :

- La discipline sur l'ensemble de la démarche
- La rigueur dans le choix des lectures
- Le respect du cadre méthodologique
- La prise de distance durant la recherche, permettant de trouver un sens réel à l'ensemble du travail (métacognition)
- Les contacts auprès de toutes les personnes concernées
- L'investissement personnel, représenté par l'intérêt pour le sujet, que j'ai ressenti tout au long du chemin parcouru...



Ensuite, je citerai encore les nombreux éléments nouveaux, les découvertes effectuées et les enseignements que j'ai eu l'agréable surprise de pouvoir faire, notamment en lien avec des points essentiels comme :

- Les règles immuables et un peu mystérieuses qui régissent la transmission des croyances et pratiques traditionnelles et là je pense tout particulièrement à celle concernant le secret
- L'environnement dans lequel ces pratiques ont vu le jour et qui leur permet de se perpétuer encore aujourd'hui
- La simplicité, le sérieux, presque l'émotion et la chaleur humaine qui entourent celles et ceux qui les mobilisent, qui sont encore des personnes "vraies" à mon sens
- L'aura et la notoriété qui entourent ces traditions de soins, qui dépassent largement les frontières de la région que j'ai investiguée, puisqu'on les retrouve également dans plusieurs autres cantons suisses, notamment ceux de Fribourg, du Valais et de Vaud.
- Les liens tissés avec les personnes qui ont participé à mon travail et ici je pense tout spécialement aux personnes "ressources" avec la plupart desquelles des relations se sont établies, d'amitié même pour certaines d'entre-elles.

Mais, je ne dois pas non plus omettre de relever dans cette énumération, les nombreuses lectures d'ouvrages anciens et précieux, les témoignages parfois poignants et toujours passionnants des guérisseurs et des personnes qui ont bénéficié de ces thérapies ancestrales, de même que des choses simples comme la découverte de magnifiques et parfois féeriques contrées, autant de moments captivants qui ont fait de ce travail de recherche une expérience unique que je ne pourrai oublier.

### 6.1.2 Professionnel

Parler des Croyances et Pratiques traditionnelles et populaires de soins, sujet tabou que l'on conserve discrètement pour soi, était déjà en soi un défi, mais développer cette thématique en lien avec le domaine des soins infirmiers le fut encore plus, car une démarche dans ce sens ne laissait aucune place ni à l'interprétation fantaisiste des éléments significatifs, ni à l'élaboration de théories ne correspondant pas à une certaine réalité du terrain et encore moins à la facilité de tomber dans les nombreux chemins de traverse, principalement "folkloriques" qui se présentaient sur le parcours.

Tout comme au niveau du bilan personnel établi auparavant, je noterai qu'au plan professionnel, ce travail de recherche m'a permis d'identifier plusieurs éléments importants :

- L'intérêt de définir jusqu'où peut s'étendre l'éventail de compétences spécifiques en relation avec la discipline infirmière !
- Le souhait de plusieurs infirmiers de pouvoir élargir leur champ de compétences professionnelles en lien avec des pratiques nouvelles (bien qu'anciennes) !

- La réticence de certains professionnels infirmiers interrogés, à parler de leur pratique quotidienne à domicile
- La difficulté de se positionner "autrement" que ce qu'il est convenu, lorsque l'on aborde le domaine des soins tel qu'il "doit" être appréhendé conventionnellement
- La méfiance de certains spécialistes envers toutes nouvelles propositions en lien avec les soins aux personnes, mais en même temps l'envie d'innover et de se tourner vers des pratiques qui "ont fait leurs preuves" !
- L'importance que revêt la reconnaissance des savoirs de chacun, professionnels comme profanes

Mais plus que toute autre chose, le principal aspect positif du bilan professionnel que j'aimerais relever ici est d'ordre général. En effet, il me semble qu'aujourd'hui plus que jamais les personnes en souffrance se tournent de plus en plus volontiers vers des "thérapies parallèles" comme si la confiance mise dans les moyens classiques de se soigner s'était un peu érodée. Et quelques soient les raisons (financières, déception, douleurs, déshumanisation de la médecine scientifique qui *s'attache plus au corps qu'à l'esprit ou à l'âme*, bien que cette orientation évolue quelque peu !...) pour lesquelles on a de plus en plus souvent tendance à se retourner vers les pratiques traditionnelles et ancestrales de guérison, je pense que cette constatation mérite que l'on s'y attarde un peu et qu'au minimum, elle permette à chaque spécialiste des soins de se questionner à ce sujet ! Et si par chance, ce travail parmi d'autres, aura permis d'initier une telle démarche, alors j'avoue que ce serait la plus belle récompense, pour moi.

Avant de refermer ce chapitre avec une phrase citée par C. Marin Blondel, je souhaiterais dire qu'en ce qui me concerne, cette recherche m'a non seulement sensibilisé à d'autres pratiques de soins, mais m'a également permis de me questionner à propos du bien fondé et de la bonne utilisation de celles-ci, notamment en regard de celles que l'on mobilise habituellement dans notre profession. Enfin, j'ai découvert que je pouvais me positionner plus clairement et surtout plus sereinement par rapport aux nombreuses interrogations extérieures, émanant des personnes touchées directement ou indirectement par le sujet et ici je pense plus particulièrement aux clients ainsi qu'aux autres professionnels que je rencontrerai sans doute dans ma pratique des soins infirmiers.

Dans tous les cas, le bilan de futur infirmier que je pense pouvoir retirer de l'ensemble de ce travail de recherche est extrêmement positif et enrichissant pour moi et ceci même en tenant compte des quelques points négatifs qui ont normalement fait partie de l'ensemble de ma démarche et qui ont été autant d'apprentissages effectués !

Comme convenu auparavant, je terminerai cette partie (professionnelle) avec ces lignes qui me semblent bien résumer la problématique à laquelle je me suis intéressé :

*« Il y a d'un côté ce que nous fournit la science, le savoir et de l'autre ce qu'apporte depuis longtemps l'appréhension intuitive d'une situation individuelle unique (...)*

*Il s'ensuit que tout ce dont peut souffrir un être humain ne relève pas que de la médecine. Et qu'il est peut-être sain d'être un peu bousculé dans ses habitudes, de pouvoir accéder à des approches thérapeutiques diversifiées, même si elles sont parfois contradictoires, en miroir avec la variété des besoins de l'homme ».* (F. Escher *De l'usage du bon sens en médecine*, Médecine et Hygiène, Genève, 1987 ; 45 : p.p. 3442-3450) in (C. Marin-Blondel, 1991, p.p. 72-74)

## 6.2 Critique de mon travail

Tout d'abord, l'étendue trop conséquente du territoire observé, que j'aurais certainement dû limiter à l'une ou l'autre des régions pressenties. En effet, les institutions de soins à domicile auxquelles je me suis adressé desservait une vaste contrée (deux cantons romands et une région suisse alémanique). L'important rayon de sondage choisi principalement pour des raisons de représentativité, devait couvrir une grande partie du territoire de l'Arc jurassien prioritairement francophone, dans lequel il a fallu se déplacer à plusieurs reprises, ce que j'ai pu faire pour deux des six institutions concernées, visitées personnellement, mais en revanche pas pour les quatre autres, pour lesquelles j'ai à regret dû prendre l'ensemble des contacts par téléphone et par courrier.

A noter que par la suite, je me suis rendu encore deux fois directement sur place, la première à Delémont, Porrentruy et dans Les Franches Montagnes, pour y réaliser les entretiens complémentaires et la seconde, à nouveau à Delémont, où j'ai rencontré la directrice du Musée d'Art et d'Histoire jurassien, ce qui sans influencer le contenu de mon travail, m'a permis de vérifier la pertinence de plusieurs éléments qu'il contenait.

Chacun de mes voyages requérait une organisation globale (temps, espace, déplacements, budget...) d'importance, ce qui m'a décidé à les limiter et il est vrai qu'avec un peu de distance maintenant, je constate que ces facteurs ont certainement été un frein pour l'ensemble de ma démarche. En effet j'aurais souhaité me déplacer plus souvent, ce qui m'aurait certainement permis de partager, échanger et confronter avec un nombre plus important et élargi de personnalités d'horizons différents, notamment des ecclésiastiques, des anthropologues, mais également des guérisseurs, ainsi que d'autres professionnels de la santé (médecins, psychologues...), ceci m'aurait peut-être apporté des éléments supplémentaires et permis de maîtriser le sujet de manière encore plus complète et satisfaisante !

La principale critique que je ferais avec du recul sur l'ensemble de mon travail peut s'appréhender selon deux approches. D'une part et sans aucun doute l'ampleur du sujet que j'ai voulu traiter. En effet, je pense par exemple, qu'il eut mieux valu se limiter à une seule pratique de soins comme celle du secret, pour pouvoir de manière plus adéquate aller à l'essentiel, ceci aurait contribué également à ajuster la thématique de façon mieux appropriée, de la rendre plus claire pour le lecteur, de proposer un énoncé des questions mieux ciblé et enfin de me permettre d'interpréter avec une meilleure acuité les résultats obtenus. D'autre part, j'aurais également pu préciser davantage les éléments en lien avec mon questionnement, car même si je m'étais assez clairement approprié le domaine des soins à domicile, je reconnais être tombé dans le "piège" de ceux des "croyances et traditions" et des "facteurs relationnels" beaucoup trop larges au sens des approches et des interprétations que l'on pouvait en faire. Et j'admets volontiers que je me suis par moments égaré,

ne sachant parfois plus comment sélectionner les principales caractéristiques de chacun d'eux que je souhaitais développer dans mon travail et mettre en lien avec ma problématique de recherche, sans en omettre d'autres, qui y auraient certainement eu leur place.

Mais je formulerai également une critique positive, dans le sens où je remarque que l'ensemble des éléments critiques que j'ai relevés au fur et à mesure de l'avancée de ma recherche, m'a permis de réaliser tout ce que je pourrais encore chercher à découvrir à propos des pratiques populaires de guérison en lien avec le domaine des soins infirmiers.

Et au risque de me répéter, je tiens à souligner en priorité les merveilleux moments que j'ai vécu tout au long de cette année consacrée à ce travail de mémoire, notamment chaque nouvelle découverte qui en amenait une autre et avec elles son lot de motivations, de curiosité, d'envie d'en savoir toujours plus sur le sujet, ce qui a sans doute été pour moi une dynamique essentielle dans la conduite de ma démarche et pourra peut-être devenir un jour l'impulsion pour une future recherche, mais plus ciblée celle-là !

### *6.2.1 Limites et facilités dans la démarche*

Je commencerai tout d'abord par les limites que j'ai pu identifier tout au long du processus de recherche et qui parfois ont entravé le bon déroulement de celui-ci.

#### Les limites

La première a été sans aucun doute, la récupération mouvementée de l'ensemble des questionnaires, qui sont pour la plupart d'entre eux restés bloqués dans un office de poste pendant plusieurs semaines (mois) ! Cet élément qui a mobilisé beaucoup plus de temps que prévu initialement, m'a finalement pénalisé entre autre, d'une prolongation d'études, devenue dès lors indispensable pour pouvoir répertorier correctement la totalité des envois, afin d'identifier les résultats obtenus et d'en effectuer une analyse pertinente.

D'ailleurs à ce sujet, de nombreuses personnes m'ont confirmé, qu'une des principales difficultés du choix d'un questionnaire comme moyen d'investigation, résidait souvent dans un trop petit nombre de documents restitués, alors que paradoxalement pour moi, ce n'est pas cet élément qui a été embarrassant, mais plutôt le facteur temps lié aux nombreuses démarches administratives qui ont été occasionnées par la récolte "tourmentée" de ces formulaires.

Une seconde limite que j'ai encore envie de relever ici, s'est concrétisée au travers de l'amplitude du sujet traité, en lien avec le nombre de domaines qu'il abordait, *anthropologie, traditions, religion, croyance, médecine, soins*, etc.... En effet, effectuer une sélection pertinente parmi ces tous ces domaines et déterminer des priorités dans le développement des concepts en lien avec la problématique spécifique choisie, fut un véritable tour de force, procurant principalement de grands moments de frustration, notamment lorsqu'il a fallu en éliminer ou en limiter quelques-uns (psychologie, religion...) car non seulement, ils m'intéressaient tous au même titre que ceux que j'ai retenus, mais aussi parce que j'aurais souhaité pouvoir traiter la problématique dans son ensemble !

Toutefois, je dois avouer qu'aujourd'hui, arrivé au terme de mon travail, je me rends compte que si je n'avais pas vécu tous ces instants difficiles, je serais certainement passé à côté d'une multitude d'expériences très intéressantes. De plus, cette situation me permettra peut-être un jour de reprendre cette problématique passionnante et de la traiter encore plus avant, notamment en lien avec la population des patients.

Enfin, j'identifierai une troisième limite, en lien avec le peu d'écrits à disposition et vraiment fiables (non folkloriques) traitant *des pratiques populaires de soins en relation avec le domaine infirmier*. Ce qui a aussi restreint les opportunités potentielles d'approfondir, de cibler et d'aborder ce thème de manière plus précise. A ce propos, j'ai remarqué que les ouvrages considérant le sujet dans son ensemble sont plutôt rares et qu'à part quelques travaux ou recherches, la grande majorité des livres existant, est issue de *la littérature populaire* et parfois un peu originale (*contes, récits fantastiques...*), certes dignes d'intérêt, mais ne permettant pas d'utiliser tout ou partie de leur contenu comme autant d'éléments de référence.

### Les facilités

Je relèverai avant tout l'enthousiasme des responsables des unités de soins que j'ai contactés et rencontrés, tout comme leur adhésion immédiate et presque sans faille à la thématique et à la problématique de recherche proposée, particulièrement en termes de reconnaissance et d'intérêt pour la profession, ces différents éléments furent certainement une facilité et une dynamique pour la globalité de ma démarche. Je ne peux évidemment pas me prononcer sur la bonne participation des collaborateurs qui ont répondu aux questionnaires, car je n'ai eu aucun contact avec eux. Toutefois, je noterai qu'au vu du nombre de documents retournés et des quelques remarques pour la grande majorité positives qu'ils contenaient, je ne peux que mettre en évidence et me réjouir de l'excellente participation des professionnels, sélectionnés et profiter encore de cet espace pour les remercier.

Une seconde facilité, en termes de connaissance, que j'avais notamment de la région dans sa globalité, de ses habitants, de leurs habitudes de vie, des traditions et pratiques de soins qui font partie intégrante du patrimoine régional, même si je ne les avais abordées jusque-là que "de l'autre côté de la barrière", soit en tant que patient.

Il est également important de relever des facteurs facilitant pour l'ensemble de la démarche, tels que :

- Le coût raisonnable des frais en général
- Le nombre restreint d'autorisations spéciales à se procurer, limitant les tracasseries administratives qui y sont généralement liées. Mais aussi, la facilité à obtenir celles qui étaient nécessaires
- L'accessibilité des acteurs qui ont participé à ce travail, etc...

Et plus qu'une facilité proprement dite, je soulignerai encore en termes d'avantage, le fait que le sujet étant par essence porteur d'une grande part de mystère, cette particularité m'a permis de ne presque jamais ressentir de véritables moments d'ennui, d'impression de lassitude ! En un mot, je n'ai pas connu le célèbre découragement "spleen" que l'on peut parfois rencontrer

lorsqu'on s'attaque à un travail long et conséquent comme celui-ci et ceci je peux le dire, pendant tout le temps qu'il a duré, à l'exception tout de même du terrible moment, anormalement long et particulièrement pénalisant de l'attente et de l'incertitude liée à la récolte des documents d'investigation, dont j'ai parlé précédemment !

Je conclurai cette partie consacrée aux facilités en soulignant la chaleur humaine, inhérente à cette région, ressentie au contact de toutes les personnes que j'ai rencontrées de près ou de loin, la richesse des échanges, la disponibilité et surtout l'intérêt de chacune d'elles pour le sujet traité, manifesté de manière unanime.

### 6.3 Les éléments pouvant être utiles à la profession

Je commencerai par noter que notre profession, indéniablement, s'articule autour de plusieurs axes (domaines), que l'on pourrait aussi appeler concepts, dont notre pratique quotidienne est imprégnée. Les plus importants étant :

1. Le domaine de la santé dans son ensemble
2. Celui du social, en lien avec l'environnement, les personnes et leurs proches
3. Le domaine culturel, en termes d'habitudes de vie et de traditions

Dès lors, si je pense à ce que peut apporter à la profession un tel travail, je me dois de prendre en compte ces différents domaines.

Dans la pratique de leur rôle professionnel, les infirmiers sont quotidiennement confrontés, notamment à ces trois domaines, parmi d'autres, bien entendu. Si le concept principal autour duquel la majorité des actions se déroulent est celui de la santé (anatomie, physiologie, pathologie...), il ne suffit pas d'être "uniquement performant" dans celui-ci, pour être un bon professionnel. En effet, je pense que seule une conjugaison adéquate des trois pourra permettre au spécialiste des soins infirmiers de se construire une véritable identité en accord avec ses actions soignantes et ainsi devenir un acteur complet et averti en phase avec ses patients. L'approche du patient dans sa globalité, selon les critères biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux, culturels et spirituels permettra d'initier une offre en soins efficiente et répondant aux normes en termes de qualité.

Selon Mc Caffery & Roling Ferrel (1997) les soignants en général ont un cadre de référence double : « ...Celui d'un professionnel qui a les responsabilités de donner des soins non biaisés et celui d'un être humain qui a des valeurs et des préférences personnelles ».

Et selon Osiek-Parisod (1994, p. 149) *"identifier et analyser (avant tout) ses propres représentations (peut permettre de bénéficier) d'être une étape vers" : « Une gestion plus lucide de sa relation aux partenaires et usagers (...) Ainsi, il est nécessaire que les infirmiers soient conscients de leurs propres valeurs, croyances et représentations, de leur culture professionnelle et comprennent leur héritage culturel, car connaître le concept de représentations sociales et être conscients de leurs propres représentations peut leur permettre de mieux orienter le soin »*. (p.8)

Ceci souligne l'importance que revêt notre propre regard sur nous-mêmes (infirmiers), identifier nos *valeurs* (personnelles), nos *représentations* (sociales), nos *croyances* et notre *culture* (professionnelle), ceci pourra favoriser une dispensation et une *orientation* de nos actions de soins face à notre clientèle.

Dès lors, donner les moyens aux professionnels des soins infirmiers, particulièrement ceux qui travaillent à domicile, d'identifier les pratiques traditionnelles de soins qu'utilisent leurs clients au quotidien et leur permettre de les prendre en compte, dans leur activité soignante en général (relationnelle et pourquoi pas technique) je pense que cela pourrait amener un élément positif au sein de la relation, notamment en termes d'alliance thérapeutique, mais également une probable amélioration du partenariat soignants/soignés.

Il est bien entendu que pour que cela soit possible, il sera nécessaire d'être attentif de ne pas tomber dans l'excès contraire et là peut-être que l'utilisation des pratiques populaires de guérison pourrait être envisagée sous un angle complémentaire aux soins infirmiers habituellement dispensés. Je désire souligner encore deux points importants :

*Le premier* en lien avec *les soins populaires* en général. En effet, ces derniers existent depuis toujours (comme précisé précédemment) et il serait donc parfaitement utopique de vouloir les occulter ! C'est pourquoi, je pense que les reconnaître dans un premier temps permettrait sans doute d'éviter un développement anarchique et dangereux des pratiques "sauvages" de guérison et ainsi se prémunir contre le charlatanisme qui "rôde" autour des soins dits "parallèles".

*Le second* en relation avec *la profession infirmière* qui fait partie du vaste domaine des "soins à la personne" et lorsque je dis *soins*, je ne pense pas uniquement à la technique, mais également à toute la sphère psychologique et relationnelle. Et alors, l'on saurait se prendre à rêver que cette profession qui comme je l'ai également souligné précédemment se trouve au *carrefour* de plusieurs *domaines* (santé, social, culture, tradition, habitudes de vie...), aurait selon moi la chance de s'enrichir d'une dimension, culturelle / relationnelle supplémentaire en incluant dans son éventail de compétences spécifiques, celle de la reconnaissance du bien fondé de l'utilisation de certaines pratiques traditionnelles de guérison de sa clientèle, avec laquelle les infirmiers sont quotidiennement amenés à tisser des relations à but thérapeutique, notamment en termes d'*alliance*, de *confiance*, mais aussi de *reconnaissance* des valeurs et savoirs de chacun, tout comme des habitudes de vie et coutumes des partenaires en présence, que sont les soignants et les soignés.

Je propose pour terminer, d'établir un lien entre les éléments mis en évidence dans ce travail de recherche et quelques-unes des compétences professionnelles infirmières :

**« Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires »**

*En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques du terrain, ici en lien avec la reconnaissance et la prise en compte des pratiques de guérison de la clientèle (car sur le sujet, il reste encore*

un important travail de terrain à fournir pour pouvoir se positionner de manière officielle)

En utilisant des méthodes de recherches adaptées à la problématique élargissement d'un travail de recherche à la population des clients et des guérisseurs (pour parvenir à des résultats plus complets et digne de confiance)

En veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche être attentif à ce que les résultats des différents travaux parus et encore à paraître soient portés à la connaissance d'autres professionnels des domaines de la santé et du social pour pouvoir être discutés

**« Construire avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins »**

En considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins en saisissant l'opportunité de la spécificité des services de soins à domicile pour appréhender la clientèle dans sa globalité, notamment en identifiant quelles sont ses habitudes de vie, ses coutumes et pratiques traditionnelles en lien avec le recouvrement et le maintien de sa santé (l'ensemble permettant de construire un projet de soins adéquat et d'initier une démarche thérapeutique de qualité)

En s'impliquant personnellement dans le respect de l'altérité du client en reconnaissant l'expertise des clients en lien avec la mobilisation de leurs pratiques de guérison

**« Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé »**

En favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier reconnaître le bien fondé des croyances et pratiques traditionnelles de soins des clients et ainsi permettre une meilleure compréhension de leurs demandes et attentes (un des facteurs propres de la relation soignants/soignés qui a été mis en évidence par les professionnels)

En cheminant avec le client dans la recherche et l'application de solutions adaptées, ici dans le sens de saisir l'opportunité de proposer la prise en compte des pratiques de guérison de la clientèle, dans certaines prestations de soins infirmiers

**« Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire »**

En prenant en compte la satisfaction objective et subjective de la clientèle et je m'arrêterai là, mais cette liste n'est bien entendu pas exhaustive.

Pour finir, je laisserai la parole aux professionnels du terrain, en relevant trois commentaires que j'ai répertoriés et qui ont été relevés dans la partie ouverte et facultative du questionnaire, ces trois expressions sont bien entendu anonymes, je les cite in extenso et je me suis permis d'en souligner les passages me paraissant prioritaires et se rapportant aux éléments significatifs :



- « On devrait plus tenir compte des Croyances et traditions populaires pour s'occuper de nos patients. Les connaissances du patient sont aussi **une ressource** pour nous »
- « ...Soigner, c'est accompagner le client dans ses choix, avec respect, empathie, dans ses Croyances, ce n'est pas simplement apporter une réponse thérapeutique à sa maladie, ses souffrances, c'est une approche globale (physiologique, psychologique, culturelle, sociale et spirituelle). Toutes ces composantes sont des **ressources** capables de nous donner des clés supplémentaires pour mieux comprendre ce que l'autre vit »
- « ...Je pense qu'il serait intéressant de consacrer une partie du travail au droit. Je m'explique : quelle est la responsabilité du soignant face à ces croyances et Traditions ? Dans quelles mesures sommes-nous autorisés légalement à utiliser celles-ci !... »

Et ici, je retiendrai le dernier questionnement et non des moindres. En effet, il est aussi à mon avis, une des clés de voûte d'une partie de la problématique dont j'ai parlé dans mon travail. Et à ce sujet, j'ai trouvé ces quelques lignes que je laisserai à l'appréciation de chacun et qui apparaissent dans le document faisant référence aux dispositions légales en matière d'assurance maladie, qui a été édicté et approuvé en commission par les responsables des SAD et AFM, il y est notamment précisé ceci :

#### Cadre général

*« Le personnel infirmier diplômé est en principe responsable de toutes les prestations de soins, et l'exécution d'un certain nombre d'actes de soins peut être déléguée à un personnel qualifié (...)*

*L'infirmière conserve la responsabilité de soins ». <sup>70</sup> (Catalogue de prestations Soins de base, 2006)*

Peut-être un élément de réponse parmi d'autres !

#### **6.3.1 Possibilités d'élargissement de la problématique**

Je souhaite proposer ici quelques opportunités en termes d'élargissement de la problématique développée tout au long de mon travail de recherche.

Tout d'abord, il serait possible d'imaginer que les questions qui ont été posées aux professionnels puissent être dans une certaine mesure posées aux clients, ce qui permettrait de bénéficier d'une vision plus élargie et beaucoup plus complète du questionnement. Donc, je pense qu'effectuer un travail identique à celui-ci, mais en lien avec les clients et les tradipraticiens, peut représenter une possibilité d'élargissement de la problématique.

Ensuite, comme je souhaitais le faire au départ d'ailleurs, une autre possibilité d'élargir ce questionnement spécifique, pourrait s'appréhender en lien avec d'autres unités de soins infirmiers que celle investiguée. Par exemple, proposer ce questionnement à des services de soins aigus en milieu hospitalier, puisque

<sup>70</sup> Doc. Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins, 2006

ces derniers font appel à certaines pratiques traditionnelles, populaires de soins pour quelques-uns de leurs patients, dans des situations particulièrement critiques.

Enfin, une dernière proposition que je pourrais exprimer, serait de questionner d'autres professionnels du domaine de la santé que ceux des soins infirmiers en lien avec le même sujet et postuler que plusieurs facteurs mis en évidence dans ce travail ou dans d'autres, puissent être utilisés en lien avec une prise en charge pluridisciplinaire et je privilégie ici tout particulièrement les professionnels qui mobilisent les thérapies relationnelles ou qui travaillent dans le domaine social.

Dans tous les cas, je pense qu'il y a au travers de ce sujet plusieurs possibilités d'ouverture pour un futur travail de recherche et cela m'a montré que mon questionnement de départ et de recherche était vraisemblablement adéquat.

Pour le mot de la fin, je laisserai la parole à A. Vega dont l'ouvrage traite à la fois du domaine des **soins infirmiers**, de **l'anthropologie** et du **social** :

*« Dans des moments de fragilisation psychologique, en phase de souffrance ou de stress, un patient se raccrochera à des gestes et à des objets qui lui sont familiers, même s'ils sont contradictaires avec le protocole médical ». (A. Vega, 2001, p.p. 51-52)*

**Bibliographie** (lue, consultée, identifiée (précisée), classée par types et ordre alphabétique)

Livres

BENOIST J. *L'efficacité thérapeutique : entre le biologique et l'anthropologique*, La revue du praticien, 1990, No 29 (I)

BERGER L., M. Ed., Mailloux-Poirier D., M. Sc. Inf. *Personnes âgées, une approche globale, démarche de soins par besoins*, Québec, Sciences Infirmières, Editions Etudes Vivantes, 1994, p.32 (L)

CEGEP DE Sainte-Foy *Normes de présentation matérielle de travaux écrits*, Québec, [PDF] Bibliothèque nationale du Québec : 5<sup>ème</sup> édition, 2004 (I)

CHALIFOUR J. *La relation d'aide en soins infirmiers*, G. Morin éditeur, 1998 (L)

COLLIERE M.-F. *Promouvoir la vie* (de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers), Paris, Inter éditions, 1982 (L)

De CERTEAU M. *Une pratique sociale de la différence : croire*, 1981 (I)

De FOREST P. A. (Dr diplômé de Université de Cincinnati / E-U) *Mon médecin, manuel à l'usage des Familles*, Genève, Editions Société Internationale de Traités, 1909 ©

DOZON J.P. *Ce que valoriser les médecines traditionnelles veut dire*, Politique africaine, 1988, No 29 (I)

FRAGNIERE J. P. *Comment faire un mémoire?*, Lausanne, Editions Réalités Sociales, 1985 (L)

FREUD S. *Totem et Tabou*, Paris, Editions Payot, 1968 (I)

FRIEDMANN D. *Les guérisseurs*, Paris, Cordes, 1979 (I)

GHIGLIONE R. et RICHARD J.-F. *Bases, méthodes, épistémologie*, Cours de psychologie 2, Paris, Editions Dunod, 3<sup>ème</sup> édition (entièrement revue et augmentée), 1998 (I)

GIOAN P. *Dictionnaire usuel* Quillet Flammarion, Paris, Editions Librairie Quillet-Flammarion, 1963 ©

GODET P. *La construction sociale de l'activité soignante*, Lausanne, Editions Réalités sociales, 2002 (I)

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE *Stratégie pour une politique de santé*, Rennes, Editions ENSP, 1992 (I)

HOLLIER-LAROUSSE J. & GILLON E. & IBOS-AUGE J. & MOREAU C. et J. L. *Nouveau Petit Larousse*, Paris, Editions Librairie Larousse, 1968 ©

KIENZLER E. *Médecine et hygiène populaires à la portée de tous*, Lausanne, Editions Vitas (Vème), année ? ©

LAPLANTINE F. et RABEYRON P.L. *Les médecines parallèles* Paris, Editions Que sais-je, Presses universitaires de France, 1987 (I)

LEVY I. *Soins et Croyances*, (Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux), Editions ESTEM, 2001 (L)

LOUIS-CHEVRILLON *Le prince du mensonge*, Paris, Editions Saint-Paul, 1975 (L)

MAGNON R. et DECHANOZ G. *Dictionnaire des Soins Infirmiers*, AMIEC, 1995 ©

MASSE R. et BENOIST J. (sous la direction de), *Convocation thérapeutique du sacré*, Paris, Karthala, 2002 (I)

PAUL D. *La relation infirmière-client, pivot de la santé mentale du client et de l'infirmière*, Montréal, Nursing Québec, vol. 5, No 1, novembre-décembre 1984 (I)

PEPLAU H.E. *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers*, première édition, 1952 (L)

PHANEUF M. *Soins infirmiers, la démarche scientifique : orientation vers le diagnostic*, Canada, Editions Mc Graw-Hill, 1986 (L)

ROUSSEAU N. inf. Ph. D. et SAILLANT F. inf. Ph. D. « Professeurs à l'Ecole des Sciences Infirmières » Canada, Université de Laval (I)

SCHACHTEL M. *Guide pratique des soins à domicile*, Paris, Editions Lamarre, 1992 ©

SCHINDELHOLZ G. *Grimoires secrets*, Porrentruy, Editions Transjurannes, 1983 (L)

SPERBER D. *Les croyances apparemment irrationnelles in Le savoir des anthropologues : trois essais*, Paris, Editions Hermann, 1982 (I)

VEGA A. *Soignants / soignés pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Paris, Editions De Boeck Université, 2001 (L)

VOUILLOZ-BURNIER M. F. *L'accouchement entre tradition et modernité*, Sierre, Monographic, 1995 (I)

Travaux de recherche (diplôme, mémoire et thèse)

BORRUAT M. et FLEURY I. *Les faiseurs de Secret dans le Jura*, Travail de diplôme, Lausanne, EESP, 1987 (I)

DEBONS J. *Tradition et adaptation de la pratique du secret dans le canton du Valais*, Mémoire en Sciences sociales, Université de Lausanne Faculté des Sciences Sociales et politiques, Lausanne, octobre 2003 (L)

DELON S. « extraits de Mémoire », *Conception du rôle propre infirmier*, Mazamet, Ecole des Cadres, 1997 ([www.membres.lycos.fr](http://www.membres.lycos.fr)) (I)

FARINE N. et PLOMB I. « *Le secret* » *Dans le Jura, quelle collaboration existe t'il entre infirmières et Faiseurs de secrets ?*, Travail de diplôme en soins infirmiers, Lausanne, Ecole Cantonale de Soins Infirmiers de Chantepierre, 1993 (L)

FLEURY N. *Le secret dans le canton du Jura*, Mémoire de licence, Lausanne, Institut d'anthropologie et de sociologie de l'Université de Lausanne, 1994 (L)

MARIN BLONDEL C. *Contribution à l'étude des guérisseurs et de la relation de soins* (enquête auprès des guérisseurs), Thèse pour l'obtention du grade de docteur, sous la direction du Pr Salem, Lausanne, Institut de médecine, 1991 (L)

POISSON M. (cadre supérieur infirmier enseignant, adjoint à la directrice de l'IFSI), *Mémoire de fin d'études infirmières* « Guide méthodologique », Paris, Editions Maloine, 4<sup>ème</sup> revue et augmentée, 2003 (I)

Périodiques (brochures, articles, extraits)

AIDE et SOINS à DOMICILE *Votre autonomie avec égards et compétences*, Brochure 2007 ©

ARC PRESSE, *Courrier neuchâtelois*, Hebdo, 2 avril 2008, No 12, p.p. 2-4 (I)

ASSOCIATION SUISSE des infirmières et infirmiers (ASI), *Principes éthiques pour les soins infirmiers*, Berne CH, 1992 ©

CODE de la SANTE PUBLIQUE « article L 473 » *livre IV, titre II*, Loi du 8 avril 1946 ©

DOC. Catalogue de prestations soins de base, *Prestations, usagers, assureurs* 31 janvier 2006

DOC. *Ordonnance sur les Prestations de l'Assurance des Soins*, 2006 (I)

FONDATION Inter Jurassienne pour la statistique, 2005 (I)

FONDATION pour l'aide et les soins à domicile, Catalogue de prestations soins de base, *Prestations, usagers, assureurs / Prestations / Définition, saisies*, Delémont, 31 janvier 2006 ©

GEISER G. et PELLATON J. P. *Mémento statistique neuchâtelois*, Neuchâtel, Office de la statistique, 2003 (I)

GRAND CONSEIL de la République et Canton de Neuchâtel, *Décret sur proposition du Conseil d'Etat et d'une commission spéciale*, Disposition Générale, ch. 1er, art. 2, al. 1 & 2, 1991 (I)

KRANKENPFLEGE – périodique – *Soins infirmiers*, janvier 1990, p. 54 ©

NADOT M. *Introduction à l'épistémologie des pratiques de soins*, HES–SO FR, février 2005, réf. HEdS-Arc, cours module 211, 2005 ©

NOVARTIS *Service Santé et Proximologie*, mai 2006 ©

NUTBEAM D. *Glossaire de la promotion de la santé - Santé Société*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, No 1 (I)

OFFICE du TOURISME, *Watch Valley*, Neuchâtel, 2008 ©

OMS, Extrait de : *Santé 21 – La Santé pour tous au XXIème siècle*, art. 2.2 *Buts et objectifs des soins de santé primaires*, No 15, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1999) (I)

OMS, Forum *Vision 2000 : l'infirmière de famille* in *Soins Infirmiers*, août 1999 (I)

OMS, article 1, Edition de 1946 (I)

SOCIETE SUISSE de Santé Publique, Office fédéral de la Santé Publique *La santé pour tous, buts de la politique sanitaire pour la Suisse* Berne, SSSP, OFSP, 1997 (I)

Cyber graphie (+ CD-ROM et documents audiovisuels)

<http://atheisme.free.fr/Themes/Croyance.htm> (I)

<http://www.ed4web.collegeem.qc.ca/prof/asaumier/msh/nde/fiches/fichmethrech/fichmethrech.html> (I)

TREPANIER L. *Le cours*, fiches méthodologiques, CD-ROM, CCDMD, 1999 (V)

<http://www.handroit.com/soinsinfirmiers> (I)

<http://www.lagruyere.ch/archives/2005/05.11.08/gruyere.htm> (Raubert P. *Gruyère Faiseurs de secrets, Monde mystérieux de guérison*, 2005) (I)

<http://www.membres.lycos.fr> (I)

[www.multimania.com/papidoc/21](http://www.multimania.com/papidoc/21) (Feil N. La validation affective, 1986/1999) (I)

<http://www.nomadrsi.org> « Introduction aux traditions médicales » Benoist J. *L'efficacité thérapeutique...* revue du Praticien, No 29, 90, cité par Pordier L. 01 (I)

<http://www.Exploirelint.doc> /21.06.99/Relation interp/Cours axe 2, OW (I)

<http://www.promotiondelasante.ch/fr> *Fondation suisse pour la promotion de la santé*, avril 2001 (I)

<http://www.proximologie.com> Novartis Pharma SAS, 03 (I)

[http://www.spitexch.ch/f/sub02/page\\_02](http://www.spitexch.ch/f/sub02/page_02) (I)

<http://www.tsr.ch/tsr/index.html> (I)

TSR *Mon docteur a le "secret"* rediffusion du 23.09.04 (v)

---



# Annexes





**Annexe 1)**

*Glossaire*

**Annexe 2)**

*Remèdes de famille – Vieilles Recettes – Secrets – Vieux Remèdes de médecine populaire*

**Annexe 3)**

*Types de questions présentées dans le formulaire d'investigation (questionnaire)*

**Annexe 4)**

*Représentations de la région investiguée*

**a)** Imagée

**b)** Schématique

**c)** Cartographique (*échelle 1 : 450 000*)

**Annexe 5)**

*Graphiques*

**5 a)**

*Graphique IV* (détaillé par zones)

**5 b)**

*Graphique VII* (détaillé par zones)

**5 c)**

*Graphique XI* (résultats détaillés)

**5 d)**

*Graphique XIII* (détaillé par zones)

**5 e)**

*Graphique XIV* (détaillé par zones)

**5 f)**

*Graphique XXVII* (détaillé par zones)

**5 g)**

*Graphique XXV* (détaillé par zones)

**5 h)**

*Graphique XXVI* (détaillé par zones)

**Annexe 6)**

*Eléments enregistrés et qui ressortent des entretiens complémentaires disponibles sur support audio K7*

## Annexe 1)

### GLOSSAIRE

Les définitions suivantes contenues dans ce glossaire ont été choisies afin que l'auteur et les lecteurs puissent avoir une approche univoque des termes utilisés dans le travail, elles ont été sélectionnées selon deux approches.

D'une part, issues des dictionnaires et encyclopédies de référence et d'autre part, dans les divers ouvrages consultés et suivant le regard spécifique porté par chacun des auteurs.

Le classement a été effectué dans l'ordre alphabétique.

#### 1) *Quelques définitions*

Les **Croyances, Traditions...** se rapportent aux sociétés !

Les **Coutumes, Valeurs, Rites...** populaires se rapportent à la culture !

### **Bio médecine**

*« Du point de vue du chercheur en sciences humaines, il existe différents systèmes de soins, dont la bio médecine, reconnue de façon internationale et référence officielle des Etats. Originnaire du monde occidental et héritière d'Hippocrate, Vésale, Pasteur, etc..., elle véhicule des définitions et des représentations culturelles de l'hygiène, de la maladie et du malade, normalisées (le système bio médical est donc aussi variable d'un pays à l'autre, selon l'organisation du système sanitaire et social et les conceptions de la maladie de chaque société).*

*Du point de vue du soignant, la bio médecine renvoie à sa propre tradition, à visée universaliste, donc à "la médecine traditionnelle" en termes d'anatomie, bio chimie, pharmacologie, biologie, etc.... . Cette appellation n'a pas du tout le même sens pour le chercheur en sciences humaines, voir traditionnelles ».* (A. Vega, 2001, p.137)

### **Communication soignant / soigné**

Dans une communication entre personnes (patients, professionnels, famille...), il convient de ne pas oublier une notion fondamentale qui parfois peut faire défaut, pour diverses raisons d'ailleurs (manque de temps, de disponibilité, d'assurance, de confiance...), surtout lorsque l'incompréhension prévaut, il s'agit du respect de chacun pour ce qu'il est, ce qu'il vit et de ceci, nous en sommes tous responsables :

*« Communiquer c'est mettre en commun, partager, échanger (dialogue, regard, silence, attitude, toucher (...)) tout communique) ! La communication, c'est bien ce qui circule entre deux ou plusieurs personnes en relation. Chacun détient sa part de responsabilité dans la qualité de la relation. Le respect mutuel et la bienveillance favorisent une bonne communication ».* (Propos choisis, interview d'un médecin spécialiste de la communication, Paris)

Pour Argyle (1969) : *« Le "code verbal" est utilisé pour communiquer un certain contenu de valeurs informationnelle, tandis que le "code non verbal" est utilisé pour établir et maintenir la relation interpersonnelle. On peut donc dire que les signes non verbaux qualifient la relation intersubjective au moment considéré, telle qu'elle est vécue par l'émetteur ».*

## Congruence

La définition dit ceci : *Qualité d'une articulation dont les deux parties s'adaptent parfaitement* ou « *Accord, convenance* ». (Dictionnaires : Larousse, 1995 et Quillet Flammarion, 1963)

Du point de vue relationnel, la congruence représente une des compétences en lien avec la relation d'aide, être congruent, c'est être : « *Authentique, vrai avec soi-même, mais c'est aussi être conscient de ce que l'on veut, de ce que l'on fait : Ceci permet de montrer une unicité dans sa communication verbale et non verbale qui inspire confiance* ». (HEdS-ARC, OW / Exploirelint.doc/21.06.99/Relation interp/Cours axe 2)

## Coutumes

Du latin *consuetudo* signifie « *habitudes consacrées par l'usage, habitudes individuelles. Avoir coutume de...* ». (Dictionnaire Quillet Flammarion, 1963, p. 398)

## Empathie

« *Quand on manifeste de l'empathie, on ressent les émotions de l'autre et on saisit simultanément la dynamique de son comportement. On communique aussi au client notre perception de son vécu et de ses émotions. L'empathie permet de comprendre le langage verbal et non verbal du client et de saisir l'émotion subjective sous le contenu objectif (...) En réalité, l'empathie n'est ni magique, ni miraculeuse, ni curative. Cependant en aidant le client à exprimer son problème, l'empathie lui offre l'occasion de croître, de se reconnaître et de s'épanouir. Elle permet le partage d'émotions négatives et positives. Elle est bénéfique non seulement pour le client mais aussi pour le soignant à qui elle apporte la richesse d'une expérience humaine partagée* ». (L. Berger, D. M. Ed. Mailloux-Poirier, 1994, p.32)

### Compréhension empathique :

#### Définitions :

Selon Gordon (1964, p.p. 18 et 19) in (HEdS-ARC, cours *La relation d'aide...*, Cycle I)

« *Il s'agit d'un processus par lequel une personne est capable, sous un mode imaginaire, de se placer dans le rôle et la situation d'une autre personne afin de saisir les sentiments, points de vue, attitudes et tendances propres à l'autre dans une situation donnée. En d'autres termes, c'est l'habileté à répondre correctement à la question, "Comment je me sentirais ou j'agirais si j'étais à sa place" ?* ».

Selon Rogers et Kinget (1969, p.p. 129-133) in (HEdS-ARC, cours *La relation d'aide...*, Cycle I)

« *Une des principales attentes du client qui communique avec un infirmier (ère) est d'être compris. C'est sur cette attente que se bâtit toute la relation (...) pour parvenir à répondre à cette attente, l'infirmier (ère) doit s'introduire dans le monde affectif du client et essayer de saisir de son point de vue la compréhension affective et cognitive qu'il a de cette situation (...) il faut que l'infirmier (ère) l'informe de ce qu'il a compris. C'est cette façon particulière de tenter de comprendre l'autre et de le lui exprimer qui compose essentiellement la "compréhension empathique"* ».

Les autres formes de compréhension peuvent être par exemple :

- *La compréhension purement verbale qui s'attache à l'information transmise*
- *La compréhension logique qui comporte un certains rapport de causalité ou de conséquence logique (parce que...)*
- *La compréhension dynamique qui se réfère à certaines théories psychologiques et tente de comprendre le contenu exprimé par le client à partir de ces données (psychanalyse...)*
- *La compréhension empathique (opposé à la compréhension dynamique) qui tente d'appréhender les données comme le sujet lui-même).* (in HEdS-ARC, cours, Cycle I)

## **Empowerment**

De l'anglais, littéralement « *Prendre en charge activement sa santé* » « *L'empowerment est l'attitude fondamentale qui régit le travail professionnel de la promotion de la santé : nous voulons permettre aux gens de veiller eux-mêmes à leur santé et de la renforcer (...)*

*Le but de l'empowerment est de rendre actifs les intéressés, définis par groupes cibles. C'est "une des façons" d'avoir un effet positif et durable sur leur qualité de vie, leur conscience de soi, leur compétence et leur maîtrise des maladies...l'empowerment agit dans le contexte social et résulte d'une participation active ».* (<http://www.promotiondelasante.ch/fr>, 2001)

## **Guérisseur**

Le guérisseur : « *Personne qui fait profession de guérir sans avoir la qualité de médecin* ». (Encyclopédie Petit Larousse, p. 431)

« *On appelle communément « guérisseur », celui qui à l'aide de procédés plus ou moins suspects, prétend enlever telle ou telle maladie. Il tombe alors généralement sous le coup de l'exercice illégal de la médecine. Ce qui n'est pas le cas pour celui qui ne prononce qu'une formule sans toucher au patient et n'emploie pas de talisman magique (Faiseur de secrets) ».* (G. Schindelholz, 1983, p.p.145-146)

## **Herboriste**

« *Connaisseur de plantes à valeur thérapeutique* ». (J. Debons, 2003, p. 18)

## **Pharmacopée**

« *Livre (ouvrage) contenant les formules des médicaments*. Par extension, il s'agit également de « *L'art de les préparer* ». (Dictionnaire usuel Quillet-Flammarion, 1993, p. 1198)

## **Populaire (culture)**

« *Les cultures "populaires" existent dans toutes les sociétés, en parallèle avec les discours "dominateurs" qui sont souvent l'apanage des classes aisées ou éduquées. La culture des groupes sociaux "dominés", des classes populaires, se fabrique dans le quotidien, dans les activités "banales" et des arts de faire sans cesse renouvelés, elle est en quelque sorte "la culture des gens ordinaires". Elle n'est pas dépourvue d'autonomie, ni de capacité de résistance face à la culture dominante. Ainsi, les soins populaires désignent les remèdes familiaux "les recettes de bonnes femmes", souvent bribes de prescriptions qui furent aussi*

*dans le passé, celle de la médecine savante, qui continuent d'être utilisées aux côtés des recours bio médicaux.*

*Il existe ainsi de constants mouvements de va-et-vient entre les cultures populaires et savantes ». (A. Vega, 2001, p. 140)*

## **Radiesthésistes**

*« Personnes qui manient le pendule et qui détectent l'endroit du mal par les "vibrations" émanant du corps. Un organe malade crée une dysharmonie perceptible à travers les oscillations du pendule. A l'époque, le radiesthésiste intervenait pour indiquer les zones à soigner. Ensuite, le patient était pris en charge par le guérisseur ou l'empirique qui recherchait dans sa pharmacopée (...) les remèdes favorables ». (J. Debons, 2003, p.18)*

## **Rebouteux**

*« Ces personnes ont un sens aigu du toucher, du palper et soignent par des procédés mécaniques. Ils s'occupent de "remettre en place" les nerfs, de réduire les luxations et les fractures. Dans la terminologie valaisanne, on les appelle aussi les **rhabilleurs** ». ibid. (J. Debons, 2003, p.18)*

## **Rites**

Origine latine *ritus* signifiant « *ensemble des règles et des cérémonies qui se pratiquent dans une religion (...)*

Dans le sens ethnographique du terme :

*« Acte magique ayant pour objet d'orienter une force occulte vers une action déterminée ». (Dictionnaire usuel Quillet-Flammarion, 1993, p. 810)*

*« Les rites sont l'expression de l'intime conviction des croyants. Ils sacralisent le profane pour mieux maîtriser l'aléatoire de l'existence ». <sup>1</sup>*

## **Rôle**

### Le rôle professionnel

*« Le rôle est la manière d'agir, la façon de vivre, de ressentir ce que l'on fait dans l'exercice d'une fonction. Il n'est pas la fonction, il est l'expression de la fonction ». (M.F. Collière, 1982, p. 237)*

### Le rôle infirmier

*« Est une expression employée pour désigner le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie et la capacité de jugement et d'initiative (...) Dans ce domaine l'infirmière est responsable des décisions qu'elle prend et de leur réalisation... ». (Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire, No 3 série S.I., B.O., 86/21 bis, p. 41) in ([www.membres.lycos.fr](http://www.membres.lycos.fr) p. 4)*

---

<sup>1</sup> Levy I. *Soins et Croyances*, (Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux), Editions ESTEM, 2001, p. 12

## Santé

« *La santé est un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (OMS art. 1, 1946) in (HEdS-ARC, module 141 *Système de santé*, Cycle I)

« *La santé est un état de bien être qui tend à un équilibre physique et psychique favorisant l'épanouissement de chaque individu au sein de la collectivité. Elle est un bien fondamental qui doit être protégé* ». (République et Canton de Neuchâtel *Décret du Grand Conseil*, 21 août 1991, ch. Premier, art. 2, al. 1 & 2, p. 1) in (HEdS-ARC, module 141, Cycle I)

« *La santé ne se résume pas à l'absence de maladie, surtout quand celle-ci est perçue comme un phénomène individuel, imputable exclusivement à un dérèglement physiologique, dont les causes sont, sinon univoques, du moins peu nombreuses. La compréhension de la santé ne peut être assurée par la médecine seule, même aidée de l'épidémiologie; les sciences humaines et sociales jouent un rôle important dans cette compréhension* ». (OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1999, réf. D. Nutbeam, *Santé/société*, No 1)

## Scientifique

« *Relatif à la science (ensemble organisé de connaissances relatives à certaines catégories de faits ou de phénomènes), qui a la rigueur et l'objectivité de la science (méthode)* ». (Dictionnaire Encyclopédique Larousse, 1968, p.p. 843-844)

## Soins (soigner)

« *Soigner : origine francique s'occuper de... Prendre soin de, se dit particulièrement d'un médecin. Soigner un malade (...) Acte traduisant l'assistance à un malade. Donner, recevoir des soins. Faire les soins* ». (Dictionnaire usuel Quillet-Flammarion, 1963, p. 1451)

## Les soins de santé primaires

En 1998, le bureau européen de l'OMS a élaboré la politique de "Santé 21" au travers de trente huit buts à atteindre, pour réaliser l'objectif de la santé pour tous au 20<sup>ème</sup> siècle.

Par exemple le but No 15 dit ceci :

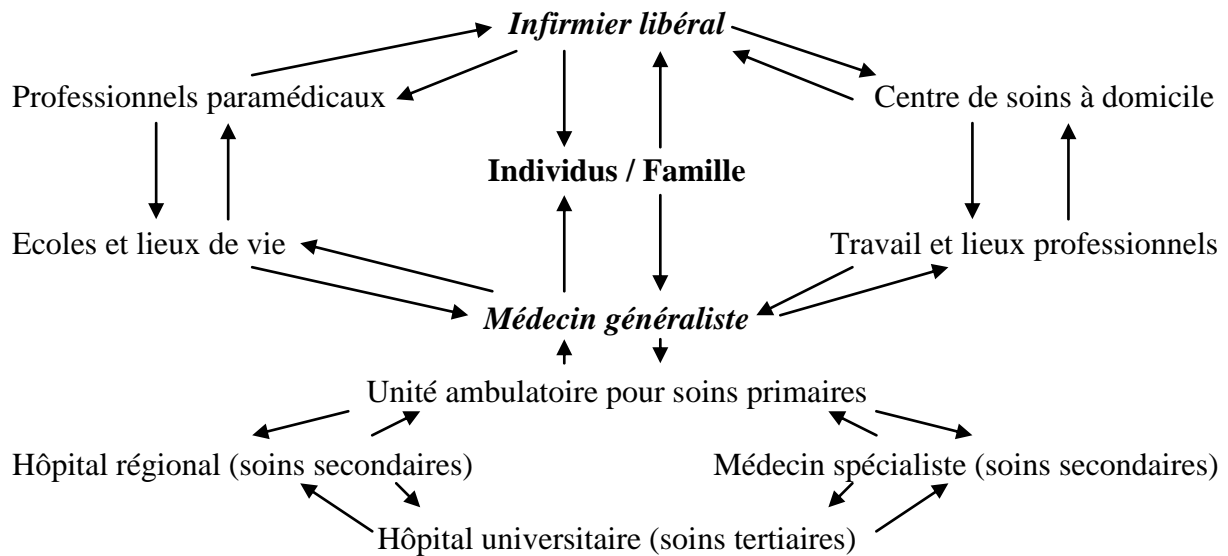
« *D'ici 2010, la population de la Région devrait avoir un bien meilleur accès à des soins de santé primaires axés sur la famille et le cadre local, soutenus par un système hospitalier souple et apte à faire face à diverses situations* ». (OMS *Santé 21 – La Santé pour tous au XXIème siècle*, Extraits, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1999) in (HEdS-ARC, module 143, Cycle I)

## Définition

« *Les soins de santé primaires sont la fonction première et l'axe principal du système de santé d'un pays, d'une région. Le premier moyen de dispensation des soins et l'échelon le plus périphérique d'un système de santé concentrique, ainsi qu'une partie intégrante du développement social et économique d'un pays...* ». (SSSP, OFSP, Berne, 1997)

- Soins axés sur la famille
- Auto prise en charge
- **Soins à domicile**
- Ecoles et lieux de travail...

## Organigramme



## **Valeurs**

« *Préférences, Croyances, principes généraux considérés comme fondamentaux qui orientent le comportement des acteurs et des groupes dans chaque société, et qui participent à leur vision du monde.*

*Par exemple, dans le groupe infirmier une valeur essentielle est accordée notamment à la prise en charge psychologique du patient, se manifestant par une attention accordée à "son moral". Elle contribue à les distinguer du groupe des médecins hospitaliers.*

*Cependant, selon les auteurs la notion de valeur a une multiplicité d'usages. Ainsi, étudier les valeurs d'un groupe, revient souvent à tous les étudier ».* (A. Vega, 2001, p. 141)

## **Annexe 2)**

Quelques *Remèdes, Vieilles Recettes et Secrets (Vieux Remèdes de médecine populaire)* présentés dans l'ouvrage de G. Schindelholz.

### ***Remèdes de famille***

#### *Remède contre la goutte :*

Prendre tous les soirs avant de se coucher, trois heures après un léger repas, un bain de pieds dans une décoction prolongée de fleurs de frêne et de sureau (une poignée de chaque). Ce remède enlève promptement les douleurs. (G. Schindelholz, 1983, p. 37)<sup>2</sup>

#### *Remède contre la piqûre des abeilles :*

Le jus des baies de chèvrefeuille fait instantanément cesser la douleur et la tuméfaction causées par les piqûres d'abeilles.

Il serait donc prudent de planter des chèvrefeuilles dans le voisinage des ruches. (G. Schindelholz, 1983, p. 37)

#### *Contre la colique :*

Faire bouillir dans du lait une grosse poignée de bouillon blanc pour en faire un emplâtre qu'on applique sur le ventre du malade aussi chaud qu'il peut le supporter. Ordinairement, le patient ne tarde pas à s'endormir, et il se trouve guéri à son réveil. (G. Schindelholz, 1983, p. 37)

#### *Contre la gale (gratte) :*

1. Ecraser de l'écorce de « noire viene » (aulnes commun) avec du vinaigre, s'en frotter deux fois par jour en faisant le signe de la croix et en disant : « Pars, pars, comme l'étoile de Noël s'est mouchée ».
2. Boire à jeun du jus d'ail mélangé avec du miel et du beurre quand la lune « refait » en disant : « Passe, passe ; là où tu as passé, tu ne passeras plus ; celui qui est « Mézé » (ladre) ne l'est pas toujours. (G. Schindelholz, 1983, p. 174)

#### *Contre la bête :*

On chauffe des racines de « guéyes de raite » (orpin, sedum), on les écrase, puis on les met sur la « bête » en disant sept fois : « Jésus, faites partir la bête comme vous avez chassé les démons ». Finir en disant « Mal d'aventure, adieu, je t'ai vu ». (G. Schindelholz, 1983, p. 174)

#### *Remède contre les hémorragies et pertes de sang :*

Toutes les personnes pieuses ont recours à St Raymond de Pégnafort, lorsqu'elles sont atteintes d'une hémorragie, et souvent leurs prières sont couronnées d'un plein succès.

Mais comme, sans la Foi, rien n'arrive à bien, il s'est trouvé que plusieurs n'ont pas eu leurs prières exaucées ; aussi, pour ceux-là, convient-il de leur donner des remèdes matériels ; nous allons leur faire connaître ceux qui jusqu'ici ont été les plus efficaces.

---

<sup>2</sup> « Grimoire du Pape Honorus » à Rome, 1760 in (Schindelholz G. *Grimoires et Secrets*, Porrentruy, Editions Transjuranes, 1983, p. 37)



Lorsqu'il s'agit d'un saignement de nez, il ne faut point l'arrêter, à moins qu'il dure trop longtemps. Pour le faire cesser, il existe plusieurs moyens. Le premier consiste à introduire dans les narines [sic.] un peu de charpie imbibée d'eau d'alun ; le second tient à faire respirer du vinaigre mélangé d'eau, en même temps qu'on applique sur les tempes des compresses imbibées du même mélange : le troisième et le plus facile c'est d'appliquer sur le dos entre les deux épaules, une clé de moyenne grandeur.

Pour ce qui est des hémorragies intérieures, les plus dangereuses de toutes, si l'on n'a pas la possibilité de recourir immédiatement aux conseils d'un médecin, il faut prendre des pilules d'alun, grosses comme un pois, une toutes les deux heures. (G. Schindlholz, 1983, p. 36)

*Contre les œils-de-perdrix ou d'agace :*

Ecraser de l'ail avec de l'huile d'olive et en mettre sur les pieds. On dit trois fois en faisant le signe de la croix : « Va-t'en, comme le sang coula des pieds de Jésus ». (G. Schindelholz, p. 173)

### ***Vieilles Recettes***

*Préparation pour dissiper les éruptions de la peau :*

Exprimer du jus de poireau, mêler avec une égale quantité de lait doux ou de crème et servez-vous-en pour laver les boutons qui sècheront et tomberont promptement sans laisser de taches.<sup>3</sup>

*Le miel et les insomnies :*

Que l'on ait des difficultés à s'endormir ou qu'on se réveille facilement la nuit, le miel s'impose. Le soir, au dîner, si l'on prend une cuillerée à soupe de miel, on s'aperçoit très vite que l'on éprouve le besoin de se coucher de plus en plus tôt, il arrivera même, si l'on est obligé d'aller dans le monde ou de recevoir, qu'au milieu de la soirée, on ait tendance à s'assoupir. Bien entendu, l'effet n'est pas le même pour tout le monde. De toute façon [sic.] si une cuillerée à soupe ne suffit pas, alors il convient de se préparer un mélange de miel et de vinaigre de cidre, que l'on aura en permanence sur sa table de nuit.

On peut prendre deux cuillerées à café en se couchant et, si l'on est encore éveillé une heure après, alors il faut récidiver et ainsi de suite toutes les heures, jusqu'à ce qu'on trouve le sommeil ; mais il est rare qu'on ait besoin de le faire plus de deux ou trois fois. (G. Schindelholz, 1983, p. 180)

*Contre les diarrhées opiniâtres :*

Faites bouillir dans un demi-litre de lait huit à dix feuilles de plantain, passez et sucrez ; prendre le matin à jeun en trois doses, chaud, à la distance d'une heure. Souvent le premier jour la diarrhée cesse ; il est cependant convenable d'en continuer l'usage plusieurs jours de suite.

L'eau de chaux est aussi bien favorable, dans cette même affection, à la dose de trois demi-verres par jour, coupée avec partie égale de lait sucré, savoir : un au matin, à midi et le soir. (G. Schindelholz, 1983, p. 37)

---

<sup>3</sup> *Le Dragon rouge* (Les secrets de la reine Cléopâtre), Chapitre IX in (Schindelholz G. *Grimoires et Secrets*, Porrentruy, Editions Transjuranes, 1983, p. 69)

## *Les Secrets*

La pratique du *secret* (en général) :

*« Ce secret, quel est-il ? S'agit-il réellement d'un pouvoir reçu, pouvoir à l'action efficace, qui opère d'une façon déconcertante dans certaines maladies qui n'ont pas encore trouvé un remède satisfaisant, telles que l'eczéma, les hémorragies, les entorses, l'atrophie d'un membre, etc... ?*

*De l'aveu même de la personne en question, c'est la prière qui provoque la guérison. Il s'agirait donc d'un charisme, d'un don divin qui a le pouvoir de soulager certains maux dont nous sommes affligés. Il est difficile de remonter à la source de ce pouvoir ».* (G. Schindelholz, 1983, p. 145)

*Le secret pour arrêter le sang (parfois même à distance) :*

Dire le nom, ou le prénom, ou les deux, du patient, puis :

Je t'arrête le sang,

Au nom du Père,

Au nom du Fils,

Au nom du Saint-Esprit (3 Pater – 3 Ave). (G. Schindelholz, 1983, p. 175)

*Secret pour les maux de ventre :*

Je te commande de quitter la personne (ou la bête) que tu tiens, tout en présence du maître de la maison, tout comme les juifs ont quitté Notre-Seigneur Jésus-Christ, le jour du Vendredi-Saint (3 fois) puis 5 Pater – 5 Ave. (G. Schindelholz, 1983, p. 175)

*Secret pour les brûlures :*

Feu de Dieu, arrêtez ces chaleurs

Comme Judas a perdu sa couleur

Lorsqu'il a trahit Notre-Seigneur Jésus-Christ

Dans le Jardin des oliviers (3 Pater – 3 Ave) (G. Schindelholz, 1983, pp. 174–175)

*Secret pour les entorses :*

Notre-Seigneur Jésus-Christ descendant « en bas les prés » avec Marie, sa mère, passe sur une pierre « mordante » (pointue). Elle dit : Je me suis « étonchée » (foulée) un pied.

Notre Seigneur lui dit : Prenez du beurre frais, de l'eau bénite et du sel ; mêlez cela ensemble et frotter toujours en bas et cela 3 fois et faire 3 signes de croix en reculant 3 fois. (G. Schindelholz, 1983, p. 171)

*Secret pour les verrues :*

(A faire le soir, huit jours avant la pleine lune, en regardant la lune.)

Ce que je regarde croît,

Ce que je touche décroît,

Au nom du Père, et du Fils, et du Saint-Esprit (3 Pater – 3 Ave). (G. Schindelholz, 1983, p. 175)

*La plupart des secrets doivent se prononcer le matin où la lune refait, dans le verger, près d'un poirier dans lequel on aura planté trois clous du côté du soleil levant. (G. Schindelholz, 1983, p. 176)*

### ***Quelques vieux remèdes de médecine populaire***

Et quelques vieux remèdes de médecine populaire parmi tous ceux proposés dans l'ouvrage de G. Schindelholz.

*L'eau dans laquelle on fait infuser des fleurs de bleuets guérit les maladies des yeux ; de là le nom de casse-lunettes donné à cette fleur. La bourrache, de son côté, fait passer promptement les boutons de la petite vérole. (G. Schindelholz, 1983, p. 176)*

*Pour guérir les piqûres d'insectes, les badigeonner avec de la « trouse » de pipe. (G. Schindelholz, 1983, p. 176)*

*Etc... .*

### Annexe 3)

#### Types de questions (proposées dans le questionnaire d'investigation, exploitées ou non)

En dehors des questions posées en lien avec le profil des professionnels interrogés *âge, sexe, année de naissance, nationalité et date d'obtention du diplôme d'infirmier (ère)s*, qui représentaient la première partie du questionnaire, les interrogations auxquelles ils devaient répondre dans la seconde se présentaient comme suit :

**1. Dans la liste ci-dessous, quelles sont les croyances et traditions populaires (de soins) les plus connues, dans la région desservie par le SS à D ?**

Les traditions de soins n'étaient pas directement citées, car elles revêtaient volontairement un sens global selon le choix des trois traditions de soins (*remèdes, vieilles recettes, pratique des secrets*) ces catégories en tête de liste, étaient présentées en lien avec une énumération de problématiques pour lesquelles elles pouvaient être identifiées, les professionnels répondaient au moyen d'une croix dans la colonne prévue à cet effet, par exemple :

Remèdes	Question 1	
Remède contre la goutte	x	
Remède contre la piqûre des abeilles	0	
Etc...		

D'autres types de questions se présentaient sous une forme plus "ouverte" et s'exposant ainsi :

**2. Les clients vous parlent' ils de ces croyances et traditions de soins ?**

Ici les réponses s'inséraient en fonction d'une échelle graduée, en termes d'importance, par exemple :

**Très souvent      souvent      régulièrement      occasionnellement      jamais**

☐☐☐☐☐

Puis des questions complémentaires "communicatives ou interprétatives" auxquelles chacun avait la possibilité de répondre en se positionnement plus personnellement :

**3. Pouvez-vous décrire brièvement dans quels types de problématiques ou de situations de soins ?**

Ensuite, chacune des questions en lien avec les trois catégories de pratiques traditionnelles de soins était posée parallèlement à une grille (facteurs relationnels), pour lesquelles elles étaient ou non identifiées ou mobilisées. Trois tableaux ont ainsi été développés :

- a) le premier en lien avec les problématiques spécifiques*, piqûre d'abeilles, coliques, entorses et foulures..., affections cutanées, insomnies..., brûlures, verrues, hémorragies...
- b) le second* (point pas exploité dans le document) *en lien avec les soins*, des pieds et des mains, soins de bouche, des yeux, injections diverses, transfusions, pansements, ex. respiratoires, évaluation des besoins, conseils aux patients...
- c) le dernier en lien avec les facteurs typiques*, d'une part se rapportant aux professionnels : disponibilité du soignant, compréhension des demandes du patient, alliance soignant/soigné... et d'autre part concernant les clients : autonomie du client, confiance, motivation ... .

A noter que pour le premier, les pratiques traditionnelles de guérison et les problématiques s'y rapportant ont été extraites de l'ouvrage de référence de G. Schindelholz, alors que les deux autres ont été préparés, l'un avec la liste des soins (prestations) fournie par l'institution de référence des soins à domiciles régionaux et l'autre selon un listing de facteurs présents dans une relation entre soignant et soigné, habituellement reconnus.

Et enfin, la dernière question proposait aux infirmier (ère)s de s'exprimer sur l'ensemble du sujet traité :

#### ***4. Si vous le souhaitez, votre avis sur le sujet traité***

A relever que c'est dans cette partie, que les positionnements plus personnalisés et les remarques fort intéressantes (cités dans le chapitre consacré à la conclusion), pouvaient être exprimés.

## Annexe 4)

### Représentations de la région

#### a) Imagée

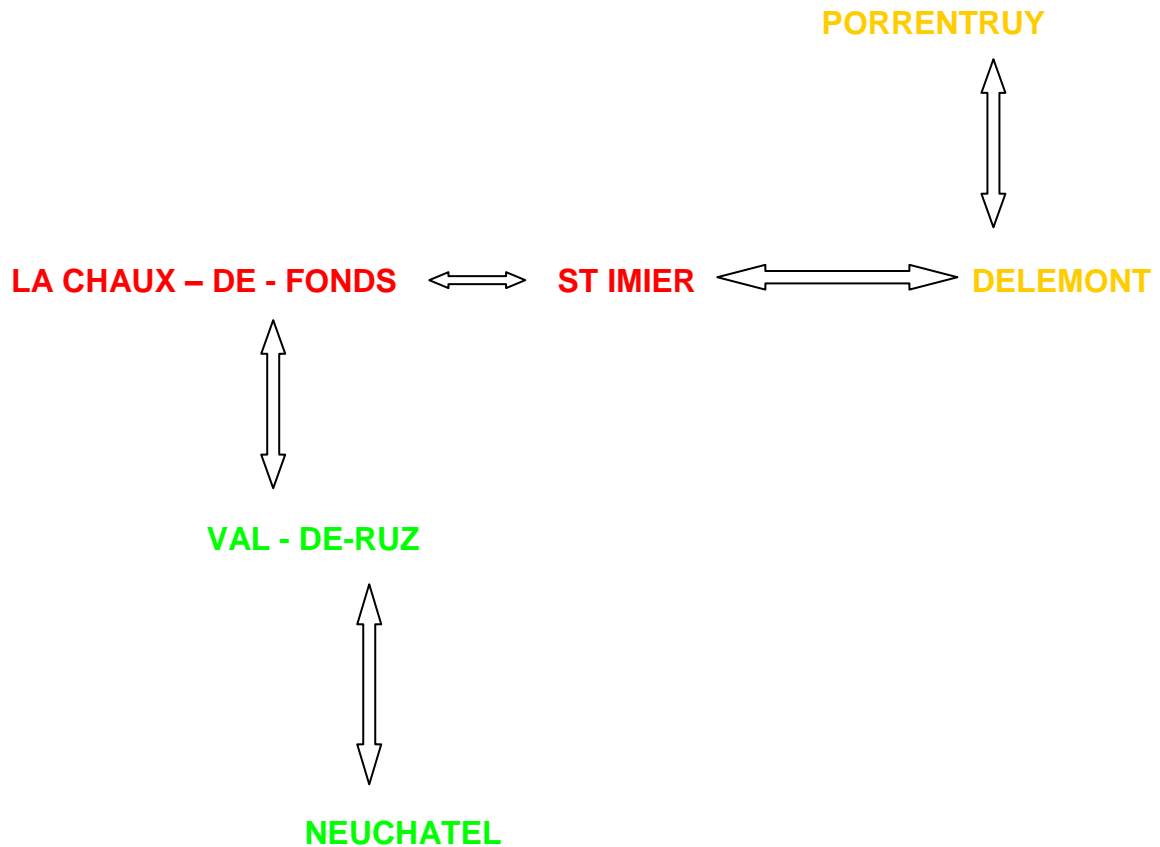


Citation tirée du journal ARC Presse Hebdo du 2 avril 2008 pour l'Arc jurassien et les liens (économiques, sociaux, culturels...) entre les régions jurassiennes et neuchâtelaises qui le forment :

*« A l'heure où certains politiciens un rien hardis imaginent une coopération soutenue entre quelques communes jurassiennes pour résoudre la question (rapprochement), d'autres, parfois simple citoyens mais néanmoins clairvoyants, étendent déjà leur réflexion au Canton de Neuchâtel. Et vice et versa. Logique. **Ces régions se situent au carrefour d'un tissu économique, de structures sociales ou associatives, d'un bagage culturel (voire même sportif), largement compatible** et le simple bon sens veut, non dans un esprit de rationalisation mais de véritable partenariat, que leur collaboration ne cesse de s'intensifier à l'avenir ».*<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Courrier neuchâtelais, ARC Presse Hebdo, mercredi 2 avril 2008, No 12, p.p. 2-4

**b) Schématique**



Ici, j'ai souhaité mettre en évidence (sous forme de schéma) les liens directs entre ces régions de l'Arc jurassien, autour desquelles s'articulent les trois principales zones investiguées :

**Zone I** Delémont (La Vallée) et Porrentruy (l'Ajoie)

**Zone II** Chaux-de-Fonds (Montagnes neuchâteloises) et le Vallon de St Imier (Jura bernois)

**Zone III** Le Val-de-Ruz et Neuchâtel (Littoral)



c) Cartographique :

Echelle 1 : 450 000





## Annexe 5)

### Graphiques

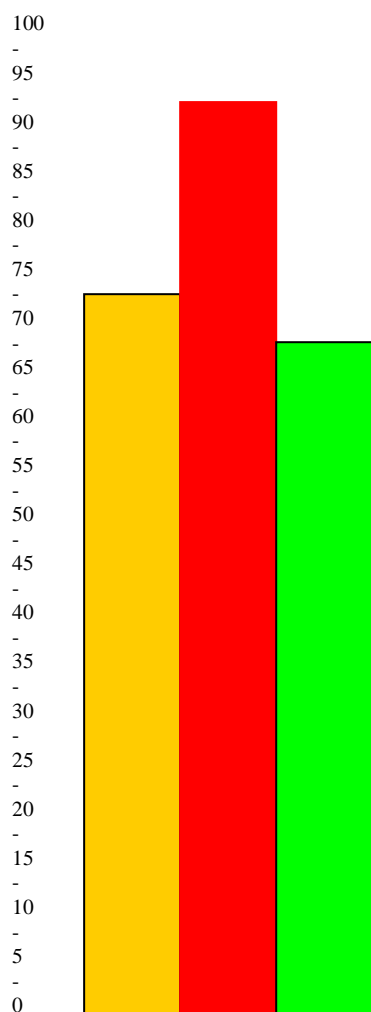
#### 5 a)

#### *Graphique IV*

#### Tableau I

(Zone I Delémont et Porrentruy – zone II Chaux-de-Fonds et St Imier – zone III Val-de-Ruz et Neuchâtel)

#### 1. Dans la liste ci-dessous, quelles sont les Croyances et Traditions populaires de soins les plus connues, dans la région desservie par le SSàD ?



R.	Pratiques traditionnelles de soins
----	------------------------------------

232 citations (42.96%) : toutes zones et catégories confondues

27 questionnaires : tous les professionnels ont cités au moins une pratique traditionnelle de soins (trois catégories confondues)

Répartition par zones :

Zone I : 73

Zone II : 93

Zone III : 66

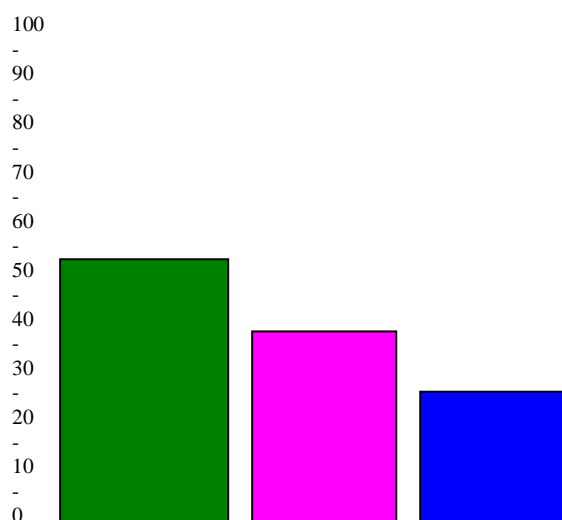
5 b)

Graphique VII

Tableau II

(Zone I Delémont et Porrentruy – zone II Chaux-de-Fonds et St Imier – zone III Val-de-Ruz et Neuchâtel)

**1. Lesquelles sont le plus fréquemment utilisées par les clients?**



R.	Secrets	Remèdes	Vieilles Recettes
----	---------	---------	-------------------

Toutes zones confondues et tenant compte des trois meilleurs résultats de chaque catégorie :

**1. Les Secrets** 51 citations

**2. Les Remèdes** 35 citations

**3. Les Vieilles Recettes** 25 citations

Tenant compte de l'ensemble des résultats et réparties par zones

Secret pour les brûlures : 18 citations

Zone I : 3 Zone II : 8 Zone III : 7

Remèdes pour les entorses et foulures : 14 citations

Zone I : 6 Zone II : 7 Zone III : 1

Vieilles recettes contre les insomnies : 10 citations

Zone I : 4 Zone II : 3 Zone III : 3

Vieilles recettes contre les diarrhées : 10 citations

Zone I : 5 Zone II : 2 Zone III : 3

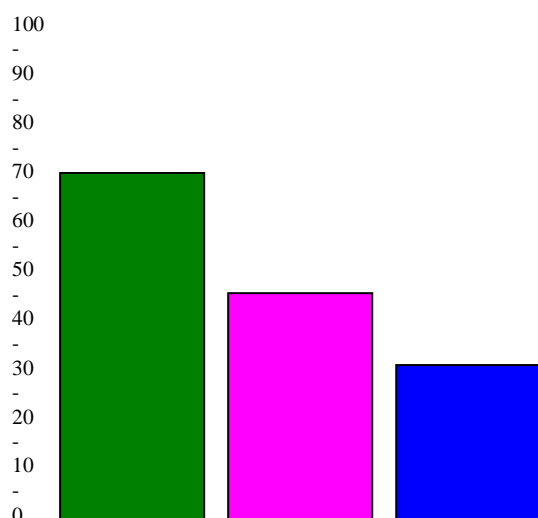
5 c)

Graphique XI

Tableau V

(Zone I Delémont et Porrentruy – zone II Chaux-de-Fonds et St Imier – zone III Val-de-Ruz et Neuchâtel)

**3. Dans la liste ci-dessous, quelles sont les principales Croyances et Traditions populaires de soins que vous connaissez ?**



R.	Secrets	Remèdes	Vieilles Recettes
----	---------	---------	-------------------

Toutes zones confondues et tenant compte des trois meilleurs résultats de chaque catégorie :

**1. Les Secrets 68 citations**

Secret pour les brûlures : 24 citations

**2. Les Remèdes 45 citations**

Remèdes pour la piqûre des abeilles : 17 citations

**3. Les Vieilles Recettes 29 citations**

Vieilles recettes contre les insomnies : 14 citations

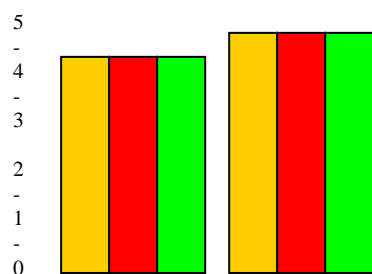
5 d)

Graphique XIII

Tableau VI

(Zone I Delémont et Porrentruy – zone II Chaux-de-Fonds et St Imier – zone III Val-de-Ruz et Neuchâtel)

**5. Utilisez-vous les Croyances et Traditions populaires dans vos prestations de soins ?**



	1	2
	Utilisées	Pas utilisées
R.		

Toutes zones confondues :

Utilisées : 12 réponses

Pas utilisées : 15 réponses

Répartition par zones

Zone I

Utilisées : 4

Pas utilisées : 5

Zone II

Utilisées : 4

Pas utilisées : 5

Zone III

Utilisées : 4

Pas utilisées : 5

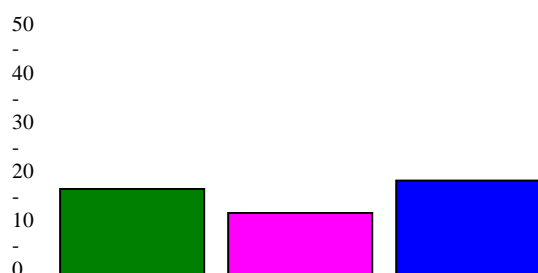
5 e)

## Graphique XIV

Tableau VII

(Zone I Delémont et Porrentruy – zone II Chaux-de-Fonds et St Imier – zone III Val-de-Ruz et Neuchâtel)

### 5.1 Si oui, lesquelles ?



R.	Secrets	Remèdes	Vieilles Recettes
----	---------	---------	-------------------

Pour les professionnels qui les utilisent et toutes zones confondues

#### 1. Les Secrets 15 citations

Les brûlures : 5 citations puis : les entorses, les verrues , les hémorragies : 5 citations (tenant compte de l'ensemble des résultats)

Zone I : 1 Zone II : 3 Zone III : 1

#### 2. Les Remèdes 13 citations

Remèdes pour les entorses et foulures : 5 citations (tenant compte de l'ensemble des résultats)

Zone I : 1 Zone II : 4 Zone III : 0

#### 3. Les Vieilles Recettes 18 citations

Vieilles recettes contre les diarrhées : 8 citations (tenant compte de l'ensemble des résultats)

Zone I : 3 Zone II : 4 Zone III : 1

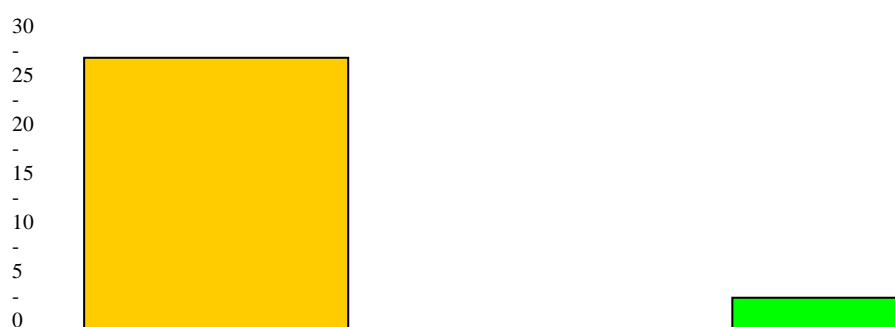
5 f)

Graphique XXVII

Tableau XV

(Zone I Delémont et Porrentruy – zone II Chaux-de-Fonds et St Imier – zone III Val-de-Ruz et Neuchâtel)

**8. Selon vous, est-il nécessaire de prendre en compte les Croyances et Traditions populaires de la clientèle ?**



R.	Nécessité de prendre en compte	De ne pas prendre en compte	Ne sais pas
----	--------------------------------	-----------------------------	-------------

Toutes catégories de pratiques traditionnelles et toutes zones confondues

**Nécessité de prendre en compte : 26 citations**

**De ne pas prendre en compte : 0**

**Ne sais pas : 1**

Répartition par zones :

**Zone I**

**Oui : 8**

**Non : 0**

**Ne sait pas : 1**

**Zone II**

**Oui : 9**

**Non : 0**

**Ne sait pas : 0**

**Zone III**

**Oui : 9**

**Non : 0**

**Ne sait pas : 0**

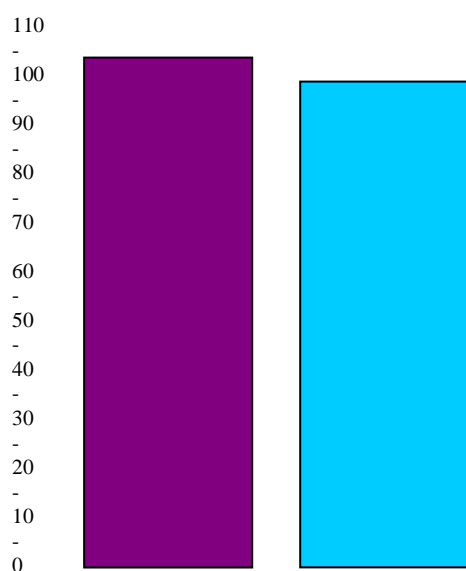
5 g)

Graphique XXV

Tableau XIV

(Zone I Delémont et Porrentruy – zone II Chaux-de-Fonds et St Imier – zone III Val-de-Ruz et Neuchâtel)

**7. Selon vous, quels sont les facteurs qui sont renforcés par la prise en compte des Croyances et Traditions populaires ?**



R.	Professionnels	Clients
----	----------------	---------

**Pour les professionnels : 105 citations** (toutes zones confondues)

Répartition par zones : Zone I : 32 Zone II : 38 Zone III : 35

Compréhension des demandes du patient : 21

Zone I : 6 Zone II : 8 Zone III : 7

**Pour les clients : 100 citations** (toutes zones confondues)

Répartition par zones : Zone I : 33 Zone II : 33 Zone III : 34

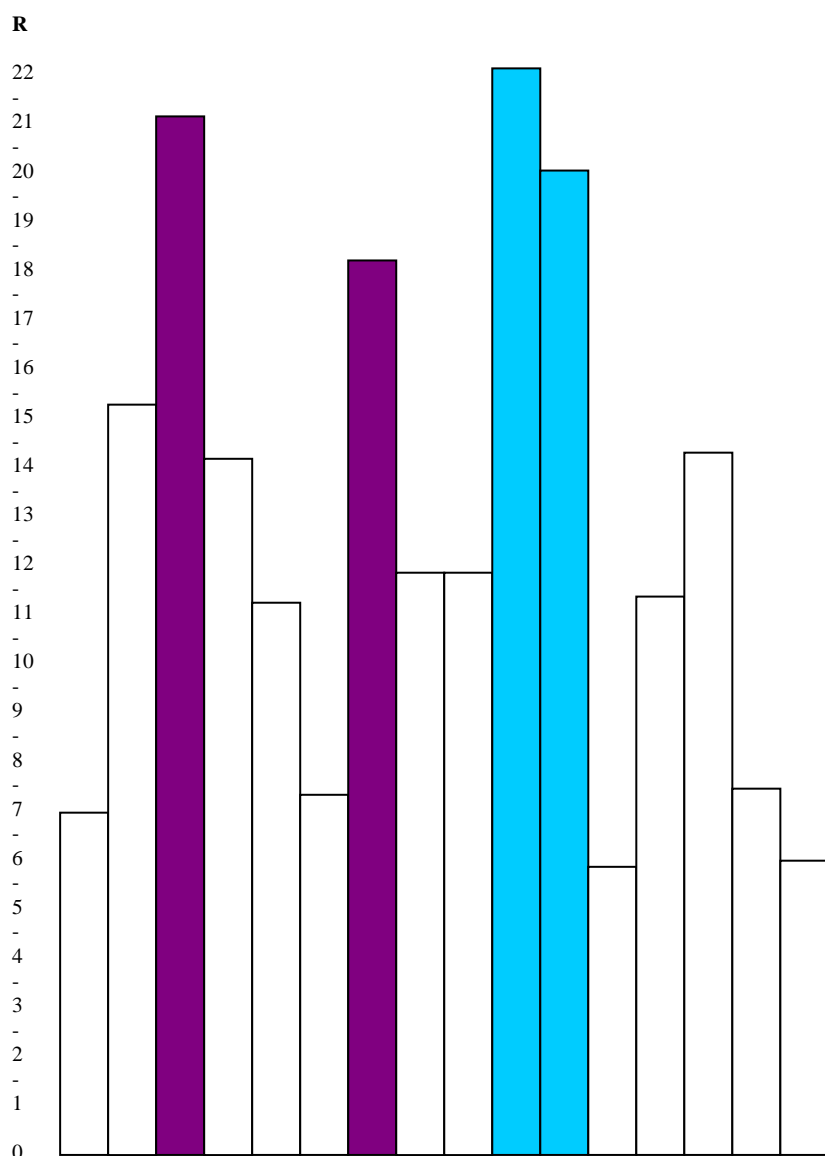
Motivation du client : 22

Zone I : 6 Zone II : 9 Zone III : 7

5 h)

Graphique XXVI

7. a)



F.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Pour les professionnels								Pour les clients							

Concernant les professionnels : Compréhension des demandes du patient (No3) : 21 cit. (toutes zones confondues)

Répartition par zones : Zone I : 6 Zone II : 8 Zone III : 7

Puis : Alliance soignants/soignés (No7) : 18 cit. (toutes zones confondues)

Concernant les clients : Motivation du client (No 10) : 22 cit. (toutes zones confondues)

Répartition par zones : Zone I : 6 Zone II : 9 Zone III : 7

Puis : Confiance du client (No 11) : 20 cit. (toutes zones confondues)