

Chronique

La pleine conscience au cœur du soin



Emi Burkhardt, 22 ans, est étudiante de 3^e année de Bachelor en soins infirmiers à la Haute École Arc Santé à Neuchâtel

Dès le début de notre formation, nous apprenons à maîtriser des ges-

tes techniques, à prioriser, anticiper. Très vite nous intégrons le rythme du terrain: penser rapidement, agir efficacement. Nous voulons bien faire, être à la hauteur. Mais au cœur de cette cadence, prenons-nous le temps d'être pleinement présentes à ce que nous vivons?

De ses origines bouddhistes, la pleine conscience nous invite à amener notre attention sur l'instant présent: ce que l'on fait, pense ou ressent. Il ne s'agit pas de fuir la réalité ni de se forcer à penser positifs, mais à accueillir ce qui est là – sensations, pensées, émotions. Sans jugement. Sans chercher à les modifier ou contrôler. Simplement observer.

En stage, j'ai réalisé que la pleine conscience ne se limite pas à méditer, elle se vit au cœur même du soin: prendre conscience de sa respiration avant d'entrer dans une chambre; sentir la tension dans nos épaules après une journée épuisante; accueillir l'émotion face à une situation éprouvante. Ces quelques minutes de pause deviennent une manière de prendre soin de soi, d'accueillir ses limites, ses doutes et sa fatigue.

Cultiver la pleine conscience offre de nombreux bénéfices. Elle apaise le stress, renforce la régulation émotionnelle et prévient l'épuisement professionnel. Elle ne relève donc pas seulement du développement personnel, mais devient un facteur de protection professionnelle. Dans notre métier où tout semble aller si vite, s'arrêter dix secondes pour revenir à soi représente une véritable ressource, celle d'être pleinement présente, dans le soin comme dans la relation. Parfois, c'est en s'accordant une pause que le soin retrouve tout son sens.

Tu te retrouves dans mes propos et souhaites en discuter? Écris-moi à emi.burkhardt@he-arc.ch

Travail de Bachelor

Stigmatisation liée au VIH: comprendre les obstacles à l'accès aux soins

La peur et le manque de connaissances actualisées, surtout, **provoquent chez des soignants-es diverses formes de stigmatisation des patient-es vivant avec le VIH.** Les infirmier-ères jouent un rôle crucial dans l'accès à des soins équitables et inclusifs. Dans leur travail de Bachelor qui a reçu le Prix de l'ASI Genève 2025, Emily Hastings et Cyril Didier ont exploré ce thème.

Aujourd'hui en Suisse, comme dans les pays bénéficiant d'un niveau d'accès aux soins comparable, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est plus une thématique prédominante comme au début de l'épidémie. L'incidence et la prévalence ont fortement diminué grâce aux avancées scientifiques, en particulier la thérapie antirétrovirale (TAR). Celle-ci permet aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d'atteindre une charge virale indétectable et donc intransmissible. Les PVVIH adhérant à la TAR ont une espérance de vie comparable à celle de la population générale et peuvent mener une vie sans limitation liée au VIH, incluant une vie sexuelle sans contrainte de recourir au préservatif à des fins de prévention du VIH, ainsi que la possibilité de fonder une famille (5).

Pourtant, malgré ces progrès et bien que la situation se soit globalement améliorée, certaines PVVIH rapportent encore des situations de stigmatisation dans les services de soins non spécialisés, ou renoncent aux soins par crainte d'être stigmatisées. La stigmatisation liée au VIH touche également les personnes séronégatives, puisqu'elle freine le recours au dépistage et peut ainsi influencer la chaîne de transmission (2, 5).

Jugement ou degré d'empathie variable

D'après la littérature, la stigmatisation se manifeste de plusieurs manières. Elle peut être interne, lorsque les personnes intériorisent les stéréotypes négatifs associés au VIH; anticipée, soit le tabou, le secret du statut VIH par crainte d'être stigmatisé-e; ou effective, lorsqu'il s'agit de discriminations, de préjugés ou de comportements différenciés envers les PVVIH.

La stigmatisation peut également être intersectionnelle, lorsqu'elle se cumule avec d'autres discriminations comme le racisme ou l'homophobie (2). Plusieurs auteur-es soulignent aussi une culture du blâme autour du VIH: le virus reste encore aujourd'hui associé à des pratiques à risque, socialement contestées, ce qui peut résulter en une vision de responsabilité personnelle. On perçoit cela lorsque des soignant-es s'attardent sur le mode de contraction, qui tient aucune pertinence dans la prise en soins, ce qui peut laisser transparaître un jugement ou un degré d'empathie variable selon le récit de la personne (2,3,4,6).

La stigmatisation liée au VIH est présente depuis le début de l'épidémie, mais sa forme a évolué. Alors qu'elle était autrefois surtout effective, ren-

forcée par une médiatisation discriminatoire, elle est aujourd'hui davantage interne et anticipée. La lutte contre la discrimination envers les PVVIH a permis des progrès, mais elle peut être encore renforcée: d'abord parce que la stigmatisation interne et anticipée n'est pas à négliger au vu de son impact persistant sur le recours aux soins; ensuite parce que la stigmatisation effective n'appartient pas au passé, bien qu'elle reste épisodique et prenne désormais des formes plus insidieuses.

Les refus de soins ne sont plus la norme, mais certaines pratiques persistent: distance physique, usage injustifié de gants, protection excessive comme le port de doubles gants – une mesure non fondée qui nuit à la dextérité et à la qualité des soins; hésitation à établir un contact, manque de confidentialité telles que le marquage explicite ou implicite des dossiers ou les bruits de couloir. Une expérience passée de stigmatisation crée une méfiance durable envers les structures de soins, même lorsque celles-ci promeuvent un accès pour toutes et tous (2, 3, 4, 6).

Déconstruire la stigmatisation interne

La littérature identifie deux causes principales à la persistance du stigma liée au VIH: la peur et le manque de connaissances actualisées. Les mesures différentielles suggèrent que le message «indétectable = intransmissible» (I = I) n'est pas toujours pleinement intégré ou continue d'être nuancé, interprété avec prudence, voire remis en question par certain-es professionnel·les (2, 4, 6). Pour promouvoir une culture hospitalière plus inclusive, il est nécessaire de pallier le manque de connaissances actualisées et de sensibiliser les étudiant·es et les professionnel·les aux impacts de la stigmatisation sur l'accès aux soins des PVVIH.

Certains comportements perçus comme stigmatisants relèvent d'ailleurs d'une méconnaissance plutôt que d'une volonté de nuire. Néanmoins, la stigmatisation anticipée et interne peut conduire les PVVIH à se sentir jugées même en l'absence de pratiques inappropriées et inadéquates; ainsi, certains comportements involontaires peuvent renforcer ce sentiment.



La stigmatisation reste un enjeu pour l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH.

À travers leur rôle d'advocacy, les infirmier·ères défendent l'accès à des soins équitables en actualisant les connaissances de leurs collègues et en promouvant des pratiques fondées sur les preuves. Par l'éducation à la santé, elles soutiennent les PVVIH dans la déconstruction de la stigmatisation interne. Grâce à leur connaissance du réseau associatif, elles renforcent la résilience et le pouvoir d'agir des personnes en les orientant vers des ressources communautaires ou des groupes de parole. Les patients partenaires, ou pairs mentors, sont aussi une ressource précieuse.

Leur accompagnement permet de rompre l'isolement, de normaliser et de valider les expériences vécues, réduisant ainsi la stigmatisation interne et anticipée. Les personnes concernées décrivent une libération et une meilleure gestion de la stigmatisation, tandis que les pairs mentors voient leur vécu valorisé, renforçant leur estime de soi et leur rôle de modèles positifs qui contribuent indirectement à réduire la stigmatisation sociale (1, 3, 4, 6).

Ainsi, même si des avancées ont été réalisées, la stigmatisation liée au VIH

reste un enjeu pour l'accès aux soins des PVVIH. Les pratiques ont évolué mais elles peuvent encore être consolidées. En tant qu'infirmier·ères, nous avons la responsabilité de garantir un accès aux soins de qualité, inclusifs, fondés sur les connaissances actuelles et intégrant les personnes concernées et reconnaissant leurs savoirs expérimentiels.

Les références bibliographiques se trouvent dans la version online de l'article ou peuvent être demandées aux auteur·es.

Auteur·es

Emily Hastings Infirmière HES, Département de réadaptation et gériatrie (DRG), Hôpital des Trois-Chêne, HUG
emily.hastings@hug.ch

Cyril Didier Infirmier HES, Département de médecine interne générale et cardiologie (D-MED), HUG, cyril.didier@hug.ch

Lucie Huescar Lerena MScID, Maître d'enseignement HES, Haute école de santé de Genève
lucie.huescar-lerena@hesge.ch

Noelia Delicado MScSI, Maître d'enseignement HES, Haute école de santé de Genève, noelia.delicado@hesge.ch