Soins infirmiers à domicile : le point de vue du médecin

Autor(en): **Willa, Claude**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **82 (1973)**

Heft 5

PDF erstellt am: **02.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-684159

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Soins infirmiers à domicile:

le point de vue du médecin

Dr Claude Willa, directeur du Dispensaire de La Source, Lausanne

Il apparaît de plus en plus clairement au cours de ces dernières années, que la médecine traverse une période de crise à laquelle nous avons tous contribué et dont il devient impérieux de sortir. La médecine ne se limite plus aux quatre opérations traditionnelles de l'approche hippocratique: inspection, palpation, percussion et auscultation; les progrès rapides accomplis dans ses divers domaines, l'évolution sociale, économique et culturelle de notre société, ses changements de structure démographique, imposent aux services sanitaires et à la collectivité des exigences dont la réalisation devient de plus en plus lourde.

Il est banal de rappeler la progression explosive des dépenses hospitalières, dans les pays nantis en particulier, où leur croissance exponentielle absorbe la plus grande part des dépenses de santé, soit la moitié environ. Cette fraction s'est multipliée par six durant ces vingt dernières années, alors que pour la même période, l'élévation du produit national brut n'augmentait que de 3,7 fois. Rien n'autorise à penser que cette croissance se stabilise d'elle-même, toutes les études montrant au contraire l'augmentation de ces besoins en spirale, puisque l'élévation du nombre des lits détermine un recours toujours plus fréquent à l'hôpital, en même temps que s'allonge la durée des séjours.

Cette évolution est en grande partie le fait des maladies chroniques, dont le nombre devient dominant avec les progrès de la médecine, qui ont éradiqué les grands fléaux infectieux et qui permettent le prolongement de la vie de manière spectaculaire. Mais le but du médecin n'est pas forcément le bonheur du sociologue et le vieillissement démographique pèse d'un poids de plus en plus lourd dans la balance de la santé publique; l'avenir des sociétés riches en vieillards, comme la nôtre, ne laisse pas d'être préoccupant aussi bien pour les médecins d'ailleurs, que pour les sociologues ou les économistes. Au 18e siècle, la durée de vie moyenne était de 25 ans, elle touche à 80 ans bientôt. De 1000 enfants nés vivants, 430 arrivaient à l'âge du mariage; ils sont 985 actuellement. Traditionnellement, les parents ne terminaient pas l'éducation de leurs enfants, puisqu'ils avaient l'espoir de 15 ans de vie commune; cet espoir est maintenant de 46 ans. Or la prolongation de la vie et l'augmentation du nombre des vieillards n'a de sens que lorsqu'une activité cérébrale, physique et sociale peut être maintenue pendant les années supplémentaires données par la médecine. Dans le Canton de Vaud, pour 1966–1968, la population âgée de plus de 65 ans était de 13 %, soit 1 sur 8. Or ces malades âgés occupent le 40 % des lits d'hôpitaux, soit 2 lits sur 5, ce qui représente le quadruple du taux moyen d'occupation; au delà de 80 ans, ce taux s'élève à 10 fois plus.

L'amélioration de la santé de cette classe de la population, le maintien de sa vigueur intellectuelle et son intégration dans une vie sociale harmonieuse ne doit pas s'attendre de la multiplication du nombre des lits d'hôpitaux, mais bien davantage de la mise en place et du développement des structures extra-hospitalières qui permettent le maintien du malade dans son milieu avec lequel il est à la fois économique et humain d'éviter une rupture de contact. Si l'hospitalisation devient nécessaire, il importe de le traiter rapidement et de le renvoyer chez lui avant que ses attaches n'aient été définitivement coupées. D'ailleurs, il apparaît de plus en plus que le milieu humain est un important facteur de santé et que le déracinement peut à la longue être aussi nuisible à l'intégration sociale que la maladie elle-même. Le propos ne concerne d'ailleurs pas seulement la fraction âgée de la population, mais s'étend avec bénéfice à son ensemble. C'est ainsi que l'encombrement des hôpitaux, le coût journalier du lit, la pénurie de personnel, l'incidence psychologique souvent néfaste d'une hospitalisation doivent conduire à l'éviter dès qu'elle n'a pas un caractère impérieux. Dans les conditions actuelles, il est fréquent qu'un malade ayant surmonté la phase aiguë de son affection ne soit plus justiciable de l'équipement très spécialisé d'un service hospitalier, sans être encore en mesure d'être indépendant chez lui. Son séjour se prolonge, tant à son détriment et celui de sa famille que de la rentabilité de l'hôpital, dont un lit se trouve occupé sans nécessité majeure. De même, des raisons non médicales, sociales ou familiales par exemple, imposent au médecin le transfert à l'hôpital de malades dont l'affection ne l'exigerait pas en soi. C'est ainsi que le développement de la médecine extra-hospitalière prend place dans une politique de la santé qui doit tenir compte à la fois des exigences de la médecine moderne et des possibilités économiques de notre pays. La Croix-Rouge suisse dans ses directives récentes le souligne en proposant que les élèves des écoles d'infirmières reçoivent une formation plus complète dans ce domaine.

La réussite d'un programme de soins à domicile dépend de la cohérence pratique qui s'instaure entre les membres de l'équipe engagée: médecin, infirmière, physiothérapeute, assistante sociale, personnel de soins ménagers, famille enfin, et parfois surtout. Il ne faut pas laisser cette coopération s'établir au hasard, mais lui donner un caractère permanent, organisé et harmonieux. L'abondance, l'éparpillement et l'absence de coordination entre les différents services dissipe en pure perte une part des énergies et des compétences. Le problème d'une cohérence des multiples institutions concernées, constitue d'ailleurs aujourd'hui dans chacune de nos villes une difficulté importante pour une action médico-sociale satisfaisante. Il apparaît indispensable qu'une direction coordonnée s'exerce à la planification générale d'un tel service, d'une part pour éviter doubles emplois ou lacunes, d'autre part pour assurer au service le niveau de compétence et d'efficacité souhaitable. Chaque membre de l'équipe doit savoir quelles sont les fonctions des autres, quelles contributions ils apportent à la tâche commune, en respectant leurs compétences actuelles et leurs responsabilités futures. Ces conditions sont indispensables pour permettre une gestion rigoureuse d'un tel service, au financement duquel il serait souhaitable d'ailleurs que participent les organismes privés de sécurité sociale aussi bien que les pouvoirs publics.

Ces conditions réalisées vont faire apparaître tout le bénéfice à prévoir des soins à domicile: pour le malade d'abord, en lui permettant de rester ou de revenir rapidement dans son milieu habituel, en gardant pour médecin-traitant celui auquel il est attaché. Son anxiété et celle de sa famille en sera soulagée, le climat psychologique et social amélioré, particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées. Il est évident toutefois, que la structure familiale, en milieu urbain surtout, s'est grandement détériorée avec les exigences de la vie indus-

trielle et que bien souvent le malade chronique est mal toléré par ses proches dans un trois pièces de H. L. M. Cependant, comme le souligne le Prof. Moltmann, théologien à Tübingen: «Est-il juste que la société se décharge des malades sur la médecine et ses institutions? Ne devrait-elle pas plutôt garder en son sein l'être souffrant, tout au moins à ces stades où sa santé, loin d'en être affectée, en serait peut-être améliorée?». La planification de tout service sanitaire ne peut aujourd'hui que faire apparaître la nécessité d'une évolution de la médecine dans le sens d'une science sociale. Le médecin ne se borne plus à donner des soins, mais doit se charger aussi de promouvoir la santé des membres de la famille, par son action sur la qualité de l'environnement, tous problèmes qui requièrent pour leur solution l'intervention du politicien.

Le malade n'est pas seul à trouver son compte dans une hospitalisation faite à domicile. Le médecin a tous motifs de s'en réjouir: le bien de son malade d'abord, qui représente son souci majeur. Tout en le gardant en charge, il va pouvoir, ce qu'il souhaite toujours, transférer à domicile plusieurs des secours dont il use à l'hôpital: la collaboration irremplaçable d'une infirmière, la mise en œuvre des moyens techniques de la médecine actuelle par la pratique de perfusions, d'examens fonctionnels et de laboratoires, la prise de radiographies, par exemple. Une collaboration fructueuse peut dès lors s'établir entre le médecin praticien et son collègue hospitalier: le premier, tout en gardant son indépendance, pratique une médecine de qualité qui le satisfait, tandis que son confrère voit s'instaurer une vraie continuité dans les traitements poursuivis, soulignée par des rencontres et des entretiens aussi bénéfiques pour l'une que pour l'autre des équipes. Certains de ses membres peuvent d'ailleurs collaborer aux deux, telles la physiothérapeute ou l'assistante sociale, témoignant auprès du malade de cette permanence favorable à sa guérison. Ce domaine d'action est large: il s'étend aux deux extrêmes de la vie certes, par la gériatrie et la puériculture, mais aussi aux intermédiaires par une possibilité d'interventions médicales spécialisées, de traitements post-chirurgicaux, de mesures de réadaptation par exemple. Enfin, l'infirmière, véritable œil du médecin à domicile, épargne à celui-ci de multiplier ses visites, lui donnant ainsi une part du temps qui lui manque chroniquement, pour s'occuper d'autres malades sans doute, mais aussi pour adopter un rythme de vie qui lui permette plus de sérénité dans l'exercice de sa profession. Les expériences faites dans les pays voisins et le nôtre montrent l'heureuse incidence pour la collectivité de l'extension de soins à domicile cohérents. Ils offrent certes des avantages financiers par l'épargne de coûteuses journées d'hôpital, mais aussi des possibilités nouvelles aux infirmières et aux professions paramédicales, par l'ouverture d'intérêts variés, des facultés de travail à temps partiel et de lieux d'activité compatibles avec l'entretien d'une famille.

L'achèvement d'un tel projet dans nos communautés ne manque pas d'ouvrir des perspectives séduisantes pour l'avenir de la médecine et de la santé publique. Comme l'écrit le Prof. J. Bernard: «le traitement des maladies et plus encore leur prévention, sont fonctions essentielles de la société. A quoi bon satellites et viaducs, gratte-ciel et télévisions, si l'homme est débile, chétif, souffrant? La vitesse au-delà du son, les coussins d'air de nos transports sont futiles, si l'homme véhiculé est malade».

Une infirmière-visiteuse aidant un patient au cours d'un exercice quotidien de marche.
Photo Cl. Huber