

Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 77 (1968)
Heft: 4

Artikel: Aspect médico-social des problèmes des patients hospitalisés
Autor: Haas, Marcel
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-683805>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aspect médico-social des problèmes des patients hospitalisés

Marcel Haas, directeur de l'Hôpital cantonal de Genève

Le malade hospitalisé doit franchir trois étapes: l'entrée, le séjour, la sortie, qui revêtent chacune une importance qui est loin d'être négligeable. Aussi n'insistera-t-on jamais assez sur la qualité que doit avoir le premier contact du malade avec l'hôpital au moment de son entrée.

Dire que la maladie présente un aspect médical est quasi un truisme; mais son aspect social, même s'il ne s'impose pas avec la même évidence, n'en est pas moins important.

De ce point de vue la maladie peut d'ailleurs être envisagée, comme un ensemble de circonstances, qui, hors du contrôle conscient du sujet, le rend incapable d'exercer ses activités habituelles ou celles que la société lui a assignées.

Chaque société — avec son génie propre — s'efforce donc de résoudre le problème de la maladie pour rendre à l'individu sa santé, mais aussi pour le réintégrer dans le circuit économique.

Ce double aspect — médical et social — se révèle tout particulièrement en milieu hospitalier. La société, à grands frais, érige des hôpitaux et les dote de tous les perfectionnements désirables.

Les patients — en tant que partie du corps social — estiment qu'il est du devoir de l'Etat de promouvoir de tels moyens et d'en supporter les frais. En retour, la société entend que les dépenses engagées permettent un prompt retour du malade dans le circuit économique.

Les impératifs de rendement et de rentabilité du monde moderne expliquent, s'ils ne justifient, ce point de vue utilitaire. Auparavant, le soulagement de la douleur et la charité envers la personne l'eussent certainement emporté dans l'esprit des constructeurs d'hospices ou d'hôtels-Dieu. Il faut cependant remarquer que la pauvreté des moyens d'alors ne permettait guère de faire plus que de soulager la misère physique. Aujourd'hui, l'équipement et le haut degré d'efficacité de la médecine présentent de telles probabilités de

guérison que l'aspect social peut être abordé.

Il n'en reste pas moins que cette conception — qui va de pair avec le sentiment moderne du droit à la santé — pourrait faire perdre au malade de son identité et, de sujet, tendre, si l'on n'y prenait garde, à le faire considérer comme objet.

C'est certainement un des principaux problèmes dont souffre le patient hospitalisé. Pris dans divers engrenages médicaux et administratifs, il a souvent le sentiment de perdre sa liberté dans un complexe dont il ne connaît pas les rouages et dont la dimension l'écrase. Une fois hospitalisé, son pouvoir de décision s'estompe, son activité est mise en veilleuse. L'hôpital le prend en charge et une sortie anticipée, par exemple, est délicate et difficile à obtenir. De par la multiplicité des techniques et la spécialisation médicale, plus d'un malade éprouve aussi l'impression pénible d'être un «cas», voire un organe malade. Parfois même, il perd pied dans cet univers étrange, fait d'inconnu, de souffrance, d'angoisse, de désespoir, de questions sans réponse et de communications humaines délicates. Il s'y sent alors impuissant et misérable, et se morfond dans son repos forcé. Il faut déjà une vie intérieure bien exercée pour pouvoir profiter de l'opportunité, offerte par le séjour hospitalier, de promouvoir un développement spirituel ou simplement un approfondissement de sa condition humaine. La souffrance n'est pas favorable à la méditation.

Aliéné, plongé dans un milieu étranger, inquiet sur lui-même et pour les siens, effrayé par l'inconnu et la dimension technique, angoissé par la douleur ou la crainte de ce qui va lui arriver, désorienté, dépendant, malheureux, comment l'homme malade n'aurait-il pas de problèmes?

L'entrée, le séjour, la sortie: 3 étapes de l'hospitalisation

Ces problèmes, essayons de les cerner en suivant le malade dans son périple hospitalier: entrée, séjour,

Texte d'une Conférence présentée le 5 avril 1968 lors de l'assemblée générale de la section genevoise de la Croix-Rouge suisse par le directeur de l'Hôpital cantonal de Genève, et reproduit avec l'aimable consentement de son auteur.

La Rédaction

sortie. Puis nous verrons aussi les problèmes posés par le patient à l'hôpital.

A l'entrée, le malade se présente, en général, avec un bulletin délivré par un praticien de la ville. S'il a été bien orienté, il aura reçu de son médecin une brochure d'accueil à l'hôpital, cela pour autant qu'une collaboration préalable ait été établie entre l'association des médecins de ville et l'institution hospitalière et que cette dernière ait jugé bon de faciliter ainsi l'entrée des futurs patients. Cette brochure fournit, de manière succincte, des indications sur:

- ce qu'il faut apporter pour un séjour hospitalier;
- ce dont il vaut mieux se passer;
- les formalités d'admission;
- les heures de visite;
- les contacts de la famille avec les médecins de l'établissement;
- le service social;
- l'aumônerie;
- le téléphone;
- la radio;
- la bibliothèque, etc.

Elle donne aussi des indications sur les interdits: alcool, tabac, et des conseils pour la sortie de l'hôpital; elle facilite le premier contact avec l'administration hospitalière au niveau des entrées. On n'insistera jamais assez sur l'importance de ce premier contact! Le patient arrive, souvent accompagné d'un ou plusieurs membres de sa famille. Une angoisse collective étreint ce petit groupe. Que faire, à qui s'adresser, n'a-t-on rien oublié: pièces d'identité, carnet d'assurance-maladie, argent pour un dépôt, etc.? La personne qui a déjà fait un séjour à l'hôpital, même habituée à ces formalités, n'en a pas moins des soucis: dans quel service vais-je être placée, aurais-je la chance d'être chez le professeur X, vais-je retrouver tel médecin, telle infirmière? Tout un univers de contacts humains s'ébauche dès l'entrée dont peut dépendre, en partie, le succès thérapeutique futur.

C'est pourquoi la présence d'hôtesse d'accueil bien formées — infirmières si possible — ayant la connaissance des langues, revêt une grande importance. Elles reçoivent avec le sourire, renseignent, questionnent au besoin, dirigent et accompagnent les personnes vers les admissions. On entre là dans le temple de la bureaucratie avec des formules à remplir et des questionnaires à subir et le dialogue n'est pas toujours facile. Pourquoi n'avez-vous pas pris tel papier? Pourquoi déclarez-vous une date de naissance autre que celle de votre livret de famille? Pourquoi bredouillez-vous des explications inopportunes et ne répondez-vous pas aux questions précises? Le malade, désorienté, fait souvent triste figure au bureau des admissions.

Selon le tact du personnel affecté à ce service, son degré d'amabilité et de compréhension de l'état du malade — et il en faut souvent beaucoup — le futur patient sera mis en confiance ou se repliera sur lui-même. Qui dira assez l'importance de la coopération du malade au milieu de l'équipe soignante? Cet esprit de collaboration s'ébauche dès l'entrée. Bien reçu, compris, aidé, le malade est déjà à moitié gagné et prêt à répondre positivement aux médecins et infirmières qui vont le prendre en charge. Bousculé, interrogé sur un ton acerbe, le voilà qui se regimbe ou sombre dans une morne résignation devant l'inévitable.

Les formalités accomplies, le patient se rend au centre médico-chirurgical d'entrée, accompagné par l'hôtesse d'accueil. Tous les ponts avec la vie normale extérieure ne sont pas encore complètement coupés. La famille est encore là; chacun s'essaie à trouver quelques mots pour que le silence ne soit pas trop pesant et pour dissiper son trouble. L'hôtesse a la tâche difficile de rendre moins pénible la séparation, d'offrir quelques paroles de réconfort aux uns et aux autres. Les plus «malades», à ce moment-là, ne sont pas toujours ceux qu'on pense!

Puis, le patient pénètre dans le centre. Les parents attendent ou se retirent. Cela dépend de leur disponibilité, des circonstances, de la gravité du cas. Voilà l'entrée-type du malade debout, du «valisard». Le patient couché, l'accidenté grave sont amenés directement au centre médico-chirurgical d'entrée et ne connaissent pas les problèmes administratifs, du moins à ce moment-là. Ils peuvent se présenter, en chambre par la suite, lorsqu'un employé, délégué par les admissions, vient demander des explications supplémentaires sur des points non éclaircis lors d'une entrée inhabituelle.

Du centre, après un certain temps destiné à un premier examen et à la recherche d'une place disponible, le malade est dirigé vers son lit. Les siens sont partis, il est seul.

Coupé de son milieu habituel

Le séjour hospitalier commence, d'autres problèmes se posent. L'équipe médicale prend alors la relève de l'administration et donnera le ton à tout le stage du patient.

La psychologie et le savoir-faire des médecins et des infirmières permettent de le mettre en confiance, de le «sécuriser». L'aménagement intérieur et les commodités matérielles sont aussi d'une grande importance pour son confort physique et psychique. Si les matinées sont bien remplies par les visites médicales, les prises de sang, les radiographies, cathétérismes et autres traitements, les après-midi sont longues, les soirées plus encore. Quant aux nuits d'insomnie!

Les facilités matérielles s'avèrent alors très utiles: lits électriques assurant l'indépendance du malade quant à sa position; tables de nuits pratiques et bien construites permettant d'avoir les objets quotidiens sous la main; télécommunication pour recevoir soins et boissons ou tout simplement une présence; radio avec écouteur personnel pour s'isoler et se récréer, etc. Les repas revêtent aussi une grande importance. C'est

le moment le plus agréable de la journée pour la majorité des hospitalisés. Il s'agit que la nourriture soit bonne, bien présentée, chaude, en un mot appétissante pour celui que menacent le repli sur soi-même et le dégoût de toute chose.

Mais les problèmes les plus importants, à ce stade, sont d'ordre humain. De quoi le malade a-t-il réellement besoin? Quels sont ses tracas et comment l'aider?

Il a besoin tout d'abord de quelqu'un en qui il peut mettre toute sa confiance. Le médecin est l'homme providentiel, l'homme de science, de savoir et de pouvoir. Celui qui peut comprendre, donner un nom à la souffrance et la guérir. Celui qui ranime l'espoir auquel on se raccroche désespérément, jusqu'au bout. L'homme malade, de par sa faiblesse et la souffrance qu'il n'a pas l'habitude d'endurer, par une certaine régression psychologique, retombe souvent au stade de l'enfance. Il a besoin d'être compris, protégé, consolé et aimé. Il a besoin de vérité aussi. Quel dialogue dramatique n'a-t-on pas entre le médecin qui sait et ne pense pas opportun de le dire et le malade qui a deviné ou entendu fortuitement, souvent depuis longtemps! Las de jouer la comédie, par dignité souvent, il s'enferme dans son silence pour ne pas effrayer les siens, pour lui-même aussi, pour garder chaude au cœur cette étincelle d'espoir qui constitue son lien avec la vie.

Le malade a besoin de compréhension. Parmi tous les spécialistes qui passent à son chevet, quel est celui le prend vraiment en charge et assume ce dialogue singulier cher à Duhamel, mais qui, de par la force des choses, prend trop souvent la tournure d'un forum? Le malade a besoin, plus que jamais dans sa vie, d'être considéré comme un être à part entière et non comme un cœur, un poumon, un foie malades, pis encore un cas intéressant. La relation bien conduite médecin-malade, toute empreinte d'humanité, fait partie intégrante du traitement.

Il fait soleil, c'est le printemps. Cette joie de la nature, toutefois, ne suffit pas à rendre légère au patient devant être hospitalisé son arrivée puis son admission à l'hôpital. En effet, pour tout patient qui se présente à l'hôpital sur pied et non couché sur un brancard, cette entrée dans un monde souvent tout à fait nouveau et inconnu pour lui, cette première étape de l'hospitalisation qu'il doit franchir représente un réel moment d'angoisse. Et s'il est accompagné, cette angoisse deviendra collective. D'où l'importance de disposer dans chaque établissement hospitalier d'hô-

tesses d'accueil bien préparées à leur tâche, souriantes, chaleureuses. Malheureusement, il est peu d'hôpitaux qui connaissent déjà cette catégorie de personnel.

La Croix-Rouge qui tend à intervenir là où il y a une lacune peut jouer dans ce domaine un rôle très utile. La section de Berne-Mittelland de la CRS donne l'exemple en mettant à la disposition régulière de deux établissements hospitaliers de la Ville fédérale — ici l'Hôpital de l'Ile, à Berne — les services bénévoles d'une auxiliaire-hospitalière qui une ou deux fois par semaine — les lundis et mardis en général,



Enfin, plus que de compréhension, le malade a besoin d'amour, à tout le moins de sympathie. Si l'on parle tant aujourd'hui de médecine psychosomatique, c'est certainement au niveau de ce besoin fondamental que cette nouvelle orientation s'opère. Quand on sait ce qu'exige de qualités humaines l'amour altruiste ou la sympathie agissante, on mesure mieux la stature du médecin digne de ce nom, la grandeur de sa tâche et la noblesse de l'idéal qui l'anime et le soutient.

Si cette triple attente du malade est satisfaite, les plus graves problèmes

qui se posent à lui ne sont pas loin de trouver leur solution et la voie de la guérison est largement ouverte.

Avec le médecin, collabore toute l'équipe hospitalière. Infirmières, aumôniers, physiothérapeutes, assistantes sociales, aides-soignantes et aides-hospitalières ont aussi un rôle capital à jouer, non seulement au niveau des soins de l'âme et du corps, mais dans la création d'un véritable milieu ambiant thérapeutique. La manière dont le malade se sent respecté, compris, intégré, lui le premier, dans l'équipe, l'aide beaucoup à s'adapter à sa vie perturbée. En suscitant la coopération du

malade et en recherchant une relation authentique avec lui, l'équipe hospitalière, en lui redonnant le sens de sa valeur, l'invite à réintégrer le monde dont il se croyait retranché. Elle lui permet de se rappeler ce qu'il était avant sa maladie, d'apprécier ses forces comme ses faiblesses, de jauger ses ressources intérieures en vue de sa guérison.

De l'importance des rapports humains et rôle du service social

Le problème, à ce niveau, est posé principalement par le refus conscient ou non de la relation humaine de la

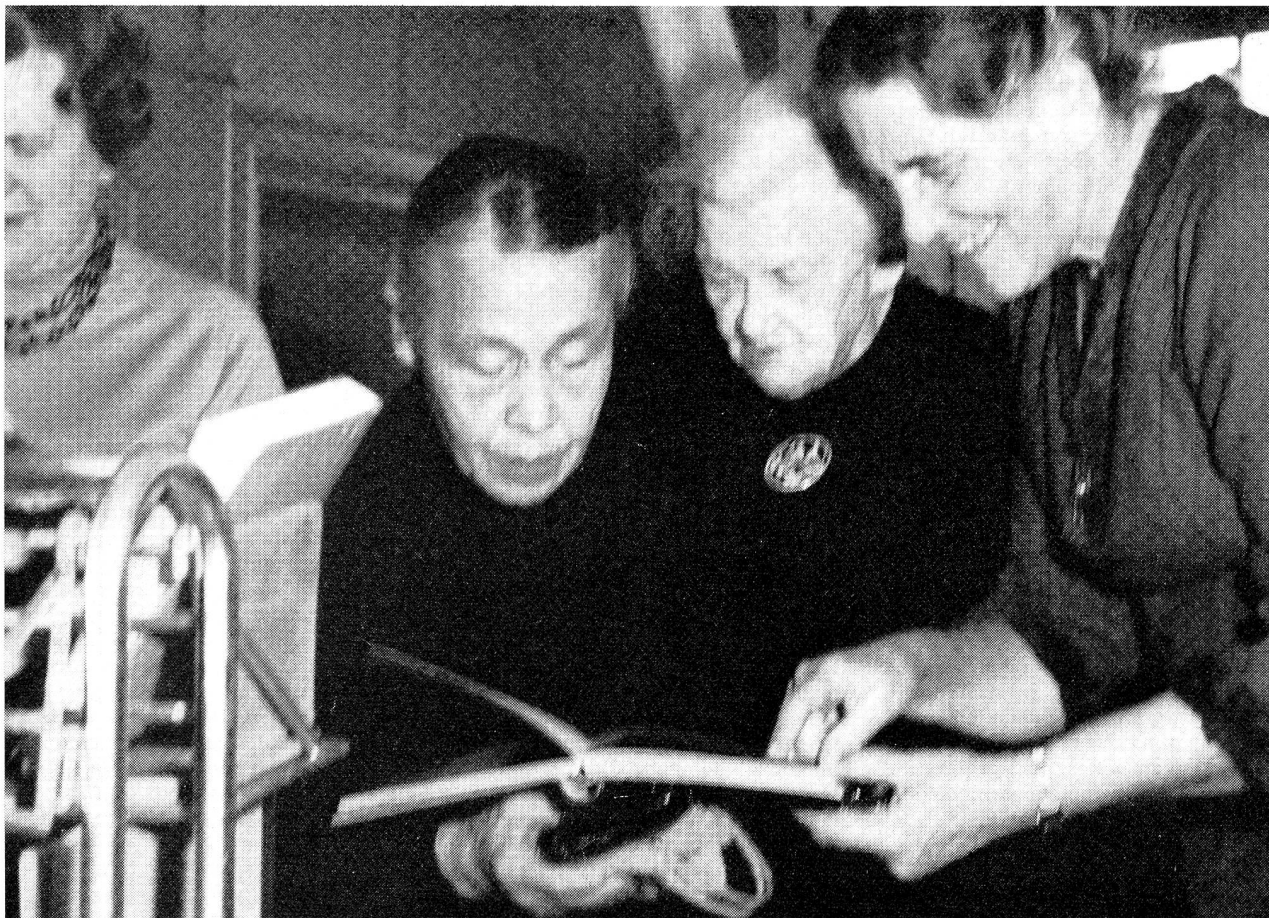
jours où les admissions de nouveaux malades sont les plus nombreuses — est là pour accueillir les arrivants, les reconforter, les guider dans le dédale des couloirs séparant le bureau de réception des différents services hospitaliers et les confier, enfin à l'infirmière responsable.

*

L'hospitalisation durable des malades chroniques pose également des problèmes sociaux à l'établissement qui les héberge. Problèmes que souvent le personnel régulier surchargé ne peut résoudre sans aide extérieure. C'est ainsi que la section de Bâle-Ville

de la CRS sur le conseil d'une assistante sociale professionnelle, met, elle aussi, les services d'un groupe d'assistantes bénévoles à la disposition des services de gérontologie de l'Hôpital Félix-Platter et de l'Hôpital des Bourgeois de Bâle où elles assurent, une fois par semaine le service de bibliothèque. Si certains patients âgés n'ont plus le goût de lire, combien d'autres, en revanche, dévorent les livres qui leur sont prêtés et attendent impatiemment l'arrivée des bibliothécaires bénévoles de la Croix-Rouge suisse.

Photos E.-B. Holzapfel



part des soignants. Leur refuge dans la neutralité scientifique ou dans une froide dépersonnalisation par souci d'objectivité est durement ressenti par le soigné. Les hôpitaux comptent beaucoup de malades qui souffrent de n'être pas écoutés ou qui ont le sentiment d'être leurrés quant aux questions importantes ou vitales qu'ils posent et se posent sans fin. Dans sa recherche de compréhension, de relations humaines, le malade s'adresse alors aux personnes qui sont le plus souvent à ses côtés ou sont disponibles pour causer: aides-hospitalières, femmes de chambre, transporteurs. Le problème

réside ici dans le fait que ce personnel n'a pas la formation psychologique nécessaire pour formuler des réponses valables. Souventes fois, le cheminement intérieur de données incomplètes, mal saisies par ceux-là même qui les livrent, perturbe le patient au lieu de le soulager.

A ce niveau, un sourire, un geste gentil, la prévenance dans les soins, la manière de ranger un oreiller ou de tirer les draps du lit ont plus de valeur que des paroles inconsidérées.

Le malade s'inquiète du sort des siens et de son retour dans la vie active dès qu'il récupère des forces

et reprend goût à la vie. Il voit bien ses proches tous les jours, lors des visites. Mais dans ces moments où l'épreuve rapproche et la tendresse voudrait s'exprimer, la promiscuité hospitalière n'est guère favorable. On se gêne. Que de gestes à peine esquissés, d'élan coupés qui font plus de mal que de bien à un psychisme déjà déficient!

Des problèmes pécuniaires se posent aussi. Si le salaire est réduit, ou non payé, que faire? Comment vivre et faire vivre sa famille? Comment payer les factures? Si la maladie laisse un handicap physique, com-

ment retrouver du travail ou un travail adapté?

Que de questions angoissantes tournent alors, jour et nuit, dans la tête du patient! Elles s'amplifient encore du fait même de son inactivité forcée et de sa capacité de résistance morale momentanément diminuée. Elles contrecarrent la guérison.

Le service social de l'hôpital peut alors apporter une aide efficace. Son but est d'évaluer les besoins du malade et de l'aider à résoudre les problèmes inhérents à son état de santé, à l'hospitalisation et à la rupture avec le milieu familial. Il aide le patient à se décharger de ses problèmes d'ordre économique, professionnel et familial. Il a pour tâche, au sein de l'équipe, de mettre en évidence les facteurs sociaux et économiques qui se répercutent sur l'état du malade et de tenir compte de l'influence de la maladie sur l'entourage du patient, sur son milieu professionnel, etc. Son rôle réside également dans le dépistage des causes physiques et éventuellement psychologiques de l'affection médicale et dans la prévention de rechutes éventuelles en prolongeant l'action médico-sociale au-delà de la période d'hospitalisation.

En fait, le service social, agent de liaison entre l'hôpital et le monde extérieur, est à même de résoudre bien des problèmes qui se posent au malade hospitalisé.

Et le retour à la vie normale

Arrive enfin la guérison, la sortie de l'hôpital, le retour à la vie normale. Il n'est pas sans difficultés. D'un temps d'abandon, de régression psychologique et physique, de mise en cocon, il faut passer à une phase active, réclamant de l'individu la mobilisation de toutes ses énergies. Parmi les amis et même au sein de la famille, chacun estime la page tournée; tout redevient normal, l'inquiétude est dissipée. Après avoir été un centre d'intérêt et d'affection, le malade convalescent sent tout à coup une relâche autour de lui. Une

certaine impatience de le voir valide gagne son entourage. Pour peu qu'il ne réponde pas comme avant aux sollicitations des siens, de ses connaissances, de ses relations de travail, on l'accuse bien vite de... «s'écouter!» Moment pénible, qui mérite l'attention et la sollicitude de ses proches.

Car la reconversion n'est pas simple. Physiquement, psychologiquement même, passer d'un état de faiblesse, d'inaction et de manque d'intérêt à l'activité habituelle, comme si rien ne s'était passé, demande une gradation et des paliers bien aménagés. L'escalier qui mène des profondeurs sombres de la souffrance et du désespoir aux hauteurs lumineuses de la guérison ne doit pas être trop roide.

Il peut arriver que faute de place l'hôpital renvoie à la maison des patients cliniquement guéris, mais qui ne sont pas préparés psychologiquement à ce retour. La transition est très brusque, le manque d'adaptation préjudiciable à un vrai rétablissement de la santé. Bien des sorties prématurées ou mal préparées sont la cause de nouvelles hospitalisations peu de temps après. Ce n'est d'ailleurs pas la faute des médecins si le développement hospitalier ne va pas toujours de pair avec l'augmentation de la population, si les maisons de convalescence sont rares ou trop chères, si le foyer familial n'est plus le lieu qui permette de préparer le retour à la vie active et si les médecins de ville, suroccupés, ne peuvent plus suivre leurs patients à domicile. Il manque aussi de coordination entre médecins hospitaliers et médecins traitants.

C'est ainsi que parfois la sortie de l'hôpital qui devrait être toute empreinte de la joie de guérir, pose en fait autant, si ce n'est plus, de problèmes que le séjour hospitalier. Cette sortie met aussi le malade en contact avec l'administration pour le paiement des factures, les formalités de départ, le recouvrement des objets personnels, vêtements, etc. En général, les ultimes démarches ne

présentent pas de grandes difficultés, surtout pour les assurés, quant au souci des factures notamment.

L'Hôpital aussi a ses problèmes

Si le malade a de nombreux problèmes, il n'est pas sans en causer lui-même à l'hôpital.

Problèmes des malades âgés, médicalement guéris, que leurs enfants ne veulent plus reprendre à la maison. Ayant goûté à la liberté des week-ends, libérés de leurs soucis et parfois de soins légers mais qui pèsent avec le temps, les enfants se décompensent rapidement et refusent obstinément le retour de leurs vieux parents. Situation combien pénible pour le malade, mais aussi difficile pour l'établissement.

Problème des malades décérébrés, qui ne reprendront jamais conscience et sont soignés des semaines, des mois. Non seulement ils accaparent médecins et personnel soignant et occupent des lits qui font défaut ailleurs, mais leurs parents, qui voient passer les semaines, ont souvent de graves soucis quant au paiement de la facture. La réaction de la parenté est d'autant plus vive que les malades sont âgés et parvenus au terme normal de leur vie.

Problèmes suscités par la science et la technique médicales. Le rein artificiel, par exemple, fait miracle. Il permet de sauver des personnes qui seraient mortes à brève échéance il n'y a pas longtemps encore. En quelques heures, le sang du malade est purifié des toxines que ses reins n'éliminent plus. Le patient arrive à bout de forces, le teint terreux; il repart bien portant pour revenir périodiquement une semaine, quinze jours après, selon la gravité de l'atteinte rénale. N'est-ce pas merveilleux?

Mais la médaille a son revers. Pour soigner tous les malades susceptibles de se faire dialyser, il faudrait un tel nombre de reins artificiels, de salles adéquates et de personnel que cela devient humainement et économiquement impossible. Le problème

a été étudié de manière approfondie en France. Ce pays renonce à le traiter de manière globale, la dépense étant de 35 milliards de nouveaux francs pour une période de dix ans et 10 000 urémiques chroniques environ.

Cette technique étant cependant mieux connue et plus demandée, voire exigée, comment opérer un tri? Est-ce un critère d'âge, d'enfants à charge, d'utilité économique ou sociale ou autres, qui permet de sauver telle personne, en laissant telle autre à son triste sort? Il est vrai que le développement technique permet d'envisager favorablement la dialyse à domicile, ce qui résoudrait ce problème dans la majorité des cas.

Mais il en est d'autres. Les transplantations d'organes, du fait de leur coût, en poseront bientôt et chaque victoire de la médecine en suscitera de nouveaux. Plus rien de sérieux ne se fait, de nos jours, sans investissements importants en personnel et en matériel. Sitôt le succès obtenu, chaque malade prétend avoir droit à la nouvelle technique, ce qui demande des investissements supplémentaires vu le nombre de patients à traiter.

Il faut donc bien se rendre compte que chacune de ces admirables interventions, si elle sauve une vie humaine, n'en coûte pas moins des sommes souvent considérables supportées par la collectivité. La science et la technique médicales se développant à un rythme qui va s'accéléralent, la société pourra-t-elle toujours payer la facture?

Problème aussi — et touchant à l'éthique — que celui de ces vieillards qui passent du centre de réanimation dans les services et vice versa, selon leur état. Pris dans l'engrenage hospitalier, ils sont auscultés, piqués,

analysés, radiographiés, cathétérisés, etc. pour en arriver cependant à leur fin naturelle. Combien d'entre eux eussent préféré qu'on les laissât mourir en paix?

Le grave problème de la fin de l'existence se pose douloureusement dans l'anonymat du grand hôpital. L'éthique médicale ordonne, à juste titre, que tout soit accompli pour préserver la vie. La moindre atteinte à ce concept pourrait avoir les plus graves conséquences sociales. Le climat général de crainte de la mort entretient et fortifie cette attitude. Pourtant, une compréhension plus eschatologique et une conception plus évoluée du fait même de la mort, dissipant la peur irraisonnée dont elle est encore entourée, pourraient bien permettre, sous peu de mieux passer ce moment capital de la vie qu'est la mort.

Tous ces problèmes médico-sociaux s'inscrivent dans un contexte administratif qui n'est pas sans en ressentir les effets. Quel n'est pas le dilemme de l'administrateur de devoir discuter, souvent âprement, de l'achat d'un appareil coûteux, de l'engagement de personnel nouveau et de modifications importantes non prévues dans un budget établi depuis de longs mois et si difficilement équilibré? Comment concilier les consignes strictes de l'Etat en matière d'économies et les impératifs médicaux, surtout dans un hôpital universitaire, voué à la médecine de pointe, à la recherche et à l'enseignement?

Ecartelé entre des tendances contradictoires, soucieux cependant du bien des malades, le directeur d'hôpital souffre, lui... d'incompréhension!

Les conflits humains ne sont d'ailleurs pas les moins perturbants dans un établissement comptant plusieurs

milliers de personnes de provenance et de métiers si divers. L'esprit d'équipe et le sens du service sont longs à s'épanouir. Le bien général qui devrait ici — plus qu'en toute autre communauté de travail — primer l'intérêt particulier, est loin d'être accepté comme une évidence. Il faut pourtant que l'immense complexe hospitalier fonctionne avec harmonie pour prétendre à l'efficacité.

Bien que situés à la périphérie des préoccupations du malade, ces impératifs de caractère humain et économique n'en ont pas moins des répercussions profondes sur l'atmosphère hospitalière, sur la genèse et le maintien d'un milieu ambiant propre à faciliter la guérison.

Voilà quelques-uns des problèmes que posent le malade et la maladie en milieu hospitalier. La maladie est si multiple, le malade un être si unique qu'il est bien difficile d'aborder toutes les questions d'ordre médico-social que pose l'hospitalisation.

Il est cependant certain qu'elles seront mieux résolues si la conscience et l'intérêt professionnels des hospitaliers, basés sur des connaissances solides, des techniques et des équipements aussi perfectionnés que possible, n'excluent jamais ni le sens du service, ni les sentiments de compassion et d'amour envers le malade.

Bibliographie: — Barnes Elisabeth: *People in hospital* — Chilard Charles: *L'humanisme hospitalier* — *Les Cahiers protestants*: 1966 No 4/5 — Delore Pierre: *L'hôpital humanisé* — *L'Infirmière canadienne*: janvier 1965 — Skipper James K et Leonard Robert: *Social interaction and patient care*.