La notion du "cente de santé"

Autor(en): **Candau, M.-G.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **69 (1960)**

Heft 4

PDF erstellt am: **03.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-549189

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

bien d'indiquer la diversité des tâches que nos infirmières doivent résoudre?

Non, car ces aspects multiples de l'hygiène sociale, ces problèmes variés auxquels l'infirmière doit faire face, ils existaient déjà il y a 30 ou 40 ans, et il n'y aurait pas eu besoin d'introduire un mot nouveau. En employant le terme de « polyvalence », nous voulons aussi bien signifier que les activités du Centre ont été regroupées, réordonnées, qu'insister sur la diversité des connaissances professionnelles de nos infirmières. Au contraire des médecins, dont la spécialisation consiste à ne plus étudier à fond qu'une discipline, les *infirmières de santé publique* — nos infirmières visiteuses — *se sont spécialisées, on peut dire, à élargir l'éventail de leurs connaissances.*

Car *l'infirmière polyvalente* est bien davantage qu'une infirmière soignante sachant faire du « social ». Elle doit être encore formée en *hygiène maternelle et infantile*, en *gériatrie* — car il s'agit là d'un problème dont l'avenir ne peut qu'accroître l'importance. En d'autres termes, nos infirmières — quand elles pénètrent dans une famille soit parce que l'un de ses membres est malade soit parce qu'une jeune mère a demandé des conseils pour son nouveau-né — doivent être à même d'envisager *l'ensemble de la famille*, du plus petit au plus âgé. Si la polyvalence met en quelque sorte la famille, le foyer au premier plan, et la prend comme « unité de travail », c'est parce que les études sociologiques et psychologiques ont montré combien sont fortes les influences du milieu sur l'individu, déterminantes parfois celles de la famille sur ses membres.

Le rôle préventif de l'infirmière polyvalente

Le but de cette réorganisation, il est à peine besoin de le souligner, est en fait de *prévenir*, ce mot étant pris dans un sens très large: *prévention de la maladie chez les nourrissons et les enfants, prévention de rechutes ou d'aggravations d'états pathologiques chez les adultes et les vieillards.*

Consultations pour nourrissons. **(Photo J.-P. Faure)**

Pensez par exemple à tous les *cardiaques*, aux *diabétiques*. Si ces personnes-là ne prennent pas très régulièrement les médicaments prescrits, leur état s'aggravera et leur hospitalisation deviendra nécessaire. Si le rôle de l'infirmière-visiteuse n'est même pas de donner des soins — car les malade savent prendre leurs gouttes et parfois faire leurs propres piqûres d'insuline — la surveillance qu'exercent les infirmières-visiteuses prend en fait, pour ces malades-là, le caractère d'un soutien moral, d'une aide psychologique, pour ne rien dire sans doute des conseils et démarches que l'infirmière peut en outre être appelée à faire.

*

Cette transformation d'infirmière-visiteuse en infirmière polyvalente, a nécessité une refonte complète de l'organisation interne du Centre, de ses méthodes de travail. Décidée il y a quelque six ou sept ans, cette réorganisation n'est pas encore terminée. *(à suivre)*

Sept infirmières du Centre d'hygiène sociale de la Croix-Rouge genevoise ont reçu un diplôme pour vingt ans et plus d'activité

Au cours de l'assemblée générale de la section genevoise de la Croix-Rouge suisse, sept infirmières du Centre d'hygiène sociale ont reçu un diplôme rappelant leurs vingt ans et plus d'activité. Ce sont:

Mademoiselle Lucile Jéquier, directrice du Centre d'hygiène sociale de 1930 à 1950 . . . . . **20 ans d'activité**

Mademoiselle Suzanne Sandoz, infirmière en activité, collaboratrice du Centre depuis 1929 . . . . **31 ans d'activité**

Mademoiselle Albertine Borel, infirmière au Centre de 1925 à 1955 . . . . . **30 ans d'activité**

Mademoiselle Yvonne Crémieux, infirmière en activité, collaboratrice du Centre depuis 1935 . . . . **25 ans d'activité**

Mademoiselle Marie Yung, infirmière au Centre de 1928 à 1951 . . . . . **23 ans d'activité**

Mademoiselle Suzanne Landry, infirmière au Centre de 1931 à 1952 . . . . . **21 ans d'activité**

Mademoiselle Aimée Giddey, infirmière au Centre de 1925 à 1945 . . . . . **20 ans d'activité**

LA NOTION DU «CENTE DE SANTÉ»

Dr M.-G. CANDAU,
Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé

Le 27 avril, le Dr M.-G. Candau, directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, a accepté de prendre la parole à l'assemblée générale de la section genevoise de la Croix-Rouge suisse qui célébrait le 40e anniversaire de son Centre d'hygiène sociale. Le Dr M.-G. Candau a rendu hommage d'abord au centre genevois pour sa longue et féconde activité si bénéfique sur le plan de la santé publique et du bien-être social: « En cette matière, *dit-il*, Genève a su montrer la voie. »

Premières étapes

En effet, a poursuivi l'éminent directeur général de l'OMS, la notion de centre de santé, relativement récente, constitue une manifestation importante de l'éveil du sens social. Vers la fin du XIXe siècle et au début du XXe sont apparus des signes avant-coureurs d'une action sociale en faveur du bien-être de la collectivité. La médecine, ayant pour mission de servir l'homme, s'est tout naturellement trouvée engagée dans ce mouvement novateur. Les premiers centres de protection infantile s'ouvraient aux *Etats-Unis* dès 1898. En 1913, un centre de santé était inauguré à *New-York*, et, en 1916, il en était créé un à *Boston* et un autre à *Philadelphie*. L'un des grands hygiénistes américains qui ont soutenu ces efforts devait plus tard apporter un concours très précieux à la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et à l'Organisation d'hygiène de la Société des nations, je veux parler de feu C.-E.-A. Winslow, l'un des pionniers de la médecine sociale américaine.

L'influence de la Croix-Rouge dans le développement des centres

Si féconde qu'ait été l'œuvre de ces précurseurs, ce n'est cependant qu'après la première guerre mondiale que la notion de centre de santé s'est largement imposée, sous l'impulsion des Sociétés de Croix-Rouge des pays européens. C'est ainsi que l'année 1920 — celle de la création de votre Centre d'hygiène sociale — a vu aussi celle du premier centre de santé de *Belgique*. En mars 1922, le Conseil de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge formulait des recommandations qui devaient stimuler le développement des centres de santé en Europe, puis dans d'autres régions du globe, à un rythme de plus en plus rapide, sur l'initiative des œuvres privées et des administrations sanitaires nationales. Les études sur les centres de santé, organisées en 1929 sous le patronage de l'Organisation d'hygiène de la Société des nations, une conférence européenne sur les centres d'hygiène rurale, tenue en 1931, et la conférence sur l'hygiène rurale en Asie et Extrême-Orient, tenue en 1936, ont donné une force accrue à ce mouvement.

Une conception moderne de la santé publique

Du point de vue historique, la notion de centre de santé a joué un rôle important dans la genèse de la conception moderne de la santé publique. Jadis, les activités de santé publique se ramenaient principalement à un rôle de contrôle, de réglementation et de police qui consistait essentiellement à faire respecter des lois et des règlements adoptés dans un but défensif.

Or, dès 1920, un rapport de Lord Dawson of Pen proposait l'institution en Grande-Bretagne d'une administration qui veillerait sur la santé de la population grâce à des centres de santé primaires et secondaires et à des services de soins à domicile. On y lit ce qui suit:

« Les changements que nous préconisons sont nécessaires parce que l'organisation de la médecine est devenue insuffisante et ne parvient pas à faire bénéficier convenablement la population des bienfaits de la science médicale.

» Cette insuffisance d'organisation devient de plus en plus frappante à mesure que nos connaissances se développent et que l'on se convainc que les moyens les meilleurs de préserver la santé et de guérir la maladie devraient être accessibles à tous.

» Aucun principe valable ne peut être invoqué en faveur d'un cloisonnement entre la médecine préventive et la médecine curative et, par conséquent, tout système d'organisation des services médicaux doit être conçu de manière à réaliser une étroite coordination entre ces deux formes de la médecine. Elles doivent en outre s'inscrire toutes deux dans le champ d'action du praticien de médecine générale, dont les attributions ne devraient pas se limiter à la médecine individuelle, mais s'étendre aussi à la médecine communautaire. »

Certes, le développement des centres de santé ne s'est pas déroulé d'une manière exactement conforme à ces propositions dans leurs lieux d'origine, mais le bon grain avait été semé dans d'autres pays et, au cours des 40 dernières années, de vastes réseaux de centres de santé se sont établis dans une quantité de pays de l'Europe orientale à l'Asie, à l'Amérique latine et à l'Afrique. Dans d'autres pays, par exemple aux Etats-Unis et au Japon, les centres de santé n'exerçaient leur action que sur le plan préventif. Leur création a néanmoins eu pour effet important de substituer à la conception défensive ou passive de la santé publique une conception active ou positive et de mettre les travailleurs sanitaires en mesure d'atteindre directement la population.

Instauration de l'esprit d'équipe

En outre, la création de centres de santé a contribué à l'instauration de l'esprit d'équipe dans l'exercice de la médecine. Un centre de santé est un endroit où l'omnipraticien, le spécialiste et l'infirmière travaillent coude à coude. Dans certains cas, par exemple dans celui de votre Centre, des praticiens de médecine générale et des pédiatres apportent bénévolement leurs concours tandis que certains services préventifs, tels que les soins aux nourrissons et aux femmes enceintes, sont assurés par des infirmières ayant reçu une formation spéciale. Les centres de santé les plus développés disposent du concours de spécialistes ou de représentants de professions paramédicales comme les dentistes, les techniciens de l'assainissement et les techniciens de laboratoire, et l'équipe exerce une action plus complète tant sur le plan préventif que sur le plan curatif.

Le centre de santé « idéal »

De l'expérience des 50 dernières années est née ainsi une certaine conception du centre de santé, qui certes n'est pas applicable telle quelle dans tous les pays, qui doit être ajustée aux conditions particulières de chaque structure nationale, mais dont les grandes lignes pourront vous intéresser. Je dirais que *le centre de santé idéal est un centre outillé pour assurer des services sanitaires complets à la population.* Ainsi entendu, il constitue d'ailleurs l'élément de base de l'équipement sanitaire d'un grand nombre de pays en voie de développement.

Les propositions américaines élaborées par Biggs et le rapport Dawson que j'ai mentionné tout à l'heure soulignaient déjà nettement qu'il importe de fournir à la population des *services médicaux tant préventifs que curatifs*. Cette idée de services sanitaires complets est maintenant largement acceptée, et l'on entend par là tous les services nécessaires à la *protection sanitaire* d'une population donnée.

Cette « protection sanitaire » comprend ainsi l'amélioration de la santé et la prévention de la maladie aussi bien que la médecine curative et réparatrice sous tous ses aspects. Ne voyons-nous pas aujourd'hui dans la santé et la maladie des manifestations d'un même processus biologique continu, de sorte que l'action préventive et l'action « curative » ne sont plus que deux aspects indissociables d'une seule activité? Un tel service intégré est basé sur un réseau de centres et de sous-centres, aux différents échelons locaux, régionaux, nationaux.

A l'échelon local, des services sanitaires fondamentaux tels que soins médicaux, protection maternelle et infantile, lutte contre les maladies transmissibles, assainissement, éducation sanitaire et soins à domicile, peuvent être assurés à la population grâce à l'organisation de centres sanitaires et de sous-centres ou de policliniques.

Aux échelons intermédiaire et national, les services de spécialistes sont accessibles par l'entremise du réseau d'hôpitaux, de laboratoires de santé publique et d'instituts de la santé.

Avec un tel système, c'est dans le centre de santé, considéré comme le point de contact essentiel entre l'administration de la santé publique et la population, que l'on sent battre, pour ainsi dire, le pouls de la nation.

Plus de contacts, meilleure collaboration

De plus, un centre de santé moderne qui assure des services non seulement aux malades mais aussi aux personnes apparemment bien portantes, notamment en matière de protection maternelle et infantile et d'éducation sanitaire, offre à la population l'occasion de prendre contact avec le personnel médical et de se familiariser intimement avec l'action sanitaire. A mesure que ces contacts s'intensifient, il s'instaure une conscience de plus en plus nette des problèmes à résoudre qui incite la population à agir et à collaborer. C'est ce qui s'est vérifié au cours des douze années depuis lesquelles l'Organisation Mondiale de la Santé donne son assistance à un très grand nombre de gouvernements. Dans bien des pays, une participation bénévole mais méthodique de la communauté a abouti à la mise en place d'adduction d'eau, à la construction d'hôpitaux et de maternités et à d'autres améliorations sanitaires.

Et meilleure expérience

En outre, dans beaucoup de pays, les centres de santé servent de terrain d'instruction à différentes catégories de travailleurs sanitaires, qui entrent peu à peu en contact avec la collectivité. Ils comprennent mieux ainsi comment la médecine et la santé publique modernes s'inscrivent dans le contexte plus large de la vie sociale et économique d'une population. L'expérience acquise au cours du travail des centres contribue puissamment à l'enrichissement de nos connaissances en matières de santé publique: nature et ampleur de la morbidité, conditions de vie dans les foyers, habitudes alimentaires et état de nutrition de la population, rapports entre les progrès de l'assainissement et la fréquence des maladies transmissibles, fréquence d'apparition des troubles mentaux et des maladies dégénératives chroniques, pour ne citer que quelques exemples.

Enfin, partout, l'existence des centres de santé facilite grandement l'implantation des conceptions nouvelles de l'hygiène familiale et sociale. Les visites et les soins à domicile font pénétrer les services de santé dans l'intimité des foyers. La protection maternelle et infantile, l'assainissement, les conseils d'hygiène alimentaire et d'hygiène personnelle et l'éducation sanitaire en général sont ainsi plus efficacement assurés, comme vous avez pu vous en rendre compte ici lorsque vos infirmières et vos assistantes médico-sociales se rendent dans les familles.

S'adressant au président du centre genevois, le Docteur Candau concluait en ces termes.

Je disais tout à l'heure que de tels services de santé intégrés ne sont pas réalisables — peut-être même pas souhaitables — partout, mais il y a néanmoins beaucoup à apprendre de ce qui s'est fait dans ce domaine.

Vous avez, à Genève, montré le chemin. Ville de la Croix-Rouge, vous y avez fondé un des tout premiers, sinon le premier centre d'hygiène sociale en Europe. Au moment où vous en célébrez le quarantième anniversaire, d'autres faits démontrent que vous êtes restés à la tête du progrès. N'avez-vous pas, à l'Ecole d'infirmières du Bon-Secours, ouvert un cours — le premier en Europe continentale — pour infirmières de santé publique, tandis qu'il y a deux jours, à la Faculté de Médecine, dans ce même Amphithéâtre se donnait la leçon inaugurale d'un cours de médecine préventive, partie intégrante du programme d'études médicales?

C'est avec joie croyez-le que l'Organisation Mondiale de la Santé observe des développements aussi encourageants dans une ville qui lui est si chère et qui lui réserve une si généreuse hospitalité. Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en m'associant à la célébration d'aujourd'hui.

JOURNEE INTERNATIONALE DE LA CROIX-ROUGE

Le 8 mai à la radio

Le 8 mai, jour anniversaire d'Henry Dunant, a été marqué pour la onzième année par une émission radiophonique internationale à laquelle ont collaboré 20 organisations de radiodiffusion et qui a été relayée par 63 pays des cinq continents.

A l'initiative de Radio-Genève, organisatrice de l'émission, la Radio-Télévision française *présenta à cette occasion une cantate de Darius Milhaud sur un poème de Loys Masson,* Cantate de la Croix de Charité. *L'émission était placée sous les auspices du Comité international de la Croix-Rouge, de la Ligue, de l'Union européenne de radiodiffusion et de l'Organisation internationale de radiodiffusion et de télévision.*

Les organisations suivantes ont participé à cette émission:

La Radiodiffusion-Télévision française, Radio-Télé-Luxembourg, Radio Monte-Carlo, la Radio-Télévision italienne, Radio-Vatican, le «Bayrischer Rundfunk» et l'ensemble des émetteurs allemands, les émetteurs de la République Démocratique allemande, la Radiodiffusion autrichienne. l'Institut national belge de radiodiffusion, Radio-Moscou, Radio-Zagreb, Radio-Varsovie, Radio-Budapest, la Radiodiffusion tunisienne, Radio-Athènes, émetteurs de Sottens et de Beromunster, Monte Ceneri et les Radio-Canada, Radio-Beyrouth, la Radiodiffusion suisse et ses Ondes courtes suisses.

Les pays suivants se sont associés à cette émission:

Algérie, Argentine, Australie, Bolivie, Brésil, Bulgarie, Ceylan, Chili, Colombie, Corée, Costa-Rica, Cuba, République Dominicaine, Equateur, Espagne, Etats-Unis, Finlande, Ghana, Grande-Bretagne, Guatemala, Haïti, Honduras, Inde, Irak, Iran, Israël, Japon, Jordanie, Lybie, Maroc, Mexique, Nicaragua, Nouvelle-Zélande, Panama, Paraguay, Pérou, Philippines, Portugal, République arabe unie, Salvador, Soudan, Suède, Uruguay et Venezuela.

Et à la télévision

Des incidents techniques ayant obligé la télévision suisse de suspendre, le 8 mai, le service de l'émetteur de la Dôle, l'émission internationale de la Croix-Rouge a été reportée au mercredi 11 mai à 22 h.