

En marge d'un congrès mondial

LA RÉADAPTATION DES INVALIDES

La Société internationale pour la réadaptation des handicapés tint à Copenhague, en juin 1963, son neuvième Congrès mondial qui réunissait 1700 participants venus de 66 pays, et auquel la Croix-Rouge danoise était représentée. Le prochain Congrès aura lieu à Munich en 1966.

La Revue internationale a déjà publié à plusieurs reprises des articles sur la réadaptation des invalides, problème dont se préoccupent, dans leur propre pays, de nombreuses Sociétés nationales. M. Droin, qui assistait à cette importante réunion et qui est l'auteur de plusieurs études que nous avons publiées sur le même sujet¹, précise, dans les pages qui suivent, quels étaient les thèmes du Congrès et nous fait part des réflexions qu'il suscitait. (Réd.)

Bien que les problèmes concernant les invalides aient été évoqués dans tous leurs aspects, l'ensemble des exposés et des discussions restaient centrés sur les deux thèmes du Congrès : *Prévention* et *Réadaptation*. Par prévention il faut entendre, non seulement la prophylaxie des maladies mutilantes et la prévention des accidents, mais aussi, dès la constatation du traumatisme, la prévention de l'invalidité et de ses conséquences indirectes.

La réadaptation, c'est l'art de trouver des solutions satisfaisantes, même dans les cas les plus graves, c'est le souci de ne jamais laisser le patient s'installer dans une attitude passive, c'est, dès le

¹ Voir, en particulier, *Revue internationale*, mars 1961.

premier jour, lui rendre la confiance en soi. Ce n'est pas seulement un problème médical, chirurgical, éducatif, économique, technique, professionnel ; c'est un problème social qui concerne la communauté tout entière. Cette participation de tous est en voie de réalisation dans la plupart de nos pays. Le président insiste, cependant, sur la nécessité de la coopération des organisations officielles et privées. Les spécialistes de la réhabilitation ne peuvent suffire à leur tâche sans le concours des laïcs et des bénévoles. La réhabilitation est *un droit* pour l'handicapé, elle est *un devoir* pour la communauté.

Ce sera l'idée dominante du Congrès, car il y a là une constante de toute action entreprise en faveur des invalides.

1) **Prévention.** — D'année en année, la notion d'invalidité ou d'handicap s'élargit en même temps que les programmes de réhabilitation se développent et s'approfondissent. D'une part, certaines maladies, naguère mortelles à plus ou moins brève échéance, deviennent aujourd'hui guérissables tout en laissant subsister un handicap (par exemple la lèpre et les ophtalmies des pays chauds) ; et, d'autre part, les accidents augmentent dans une proportion croissante : accidents du travail, du sport et de la route. Chacun de ces trois groupes d'accidents fait l'objet d'études, de recherches et de méthodes spéciales de prévention.

Les accidents du travail sont peut-être les plus faciles à prévenir. L'analyse systématique des causes d'accidents amène une perpétuelle amélioration des conditions dans lesquelles s'effectue chaque opération, de l'installation du poste de travail, de l'équipement et de l'outillage, enfin de la protection de l'ouvrier. Le facteur humain jouant, là déjà, un grand rôle, il convient avant tout de pousser la formation professionnelle du travailleur en vue de lui faire acquérir les automatismes et les réflexes indispensables ; il faut perfectionner la machine pour l'adapter à son servant en même temps qu'adapter l'homme à sa machine. La preuve négative en est donnée par la forte proportion des accidents dus au bricolage, où l'amateur, insuffisamment formé et mal outillé, tombe fatalement dans la tentation d'accomplir des gestes mal étudiés ou de prendre des initiatives dont il ne mesure pas le danger.

L'étude approfondie des accidents de sport conduit à reconsidérer les instructions données aux sportifs et aux joueurs pour les

CHRONIQUE

amener à prendre certaines précautions compatibles avec les règles du jeu ; c'est là, on le comprendra, un problème psychologiquement très délicat puisque la motivation même du sportif le pousse à prendre des risques, surtout dans le sport de compétition.

La route moderne est un « champ de bataille » qui fait plus de morts et de blessés que les plus sanglantes guerres de l'histoire. Cette comparaison des accidentés de la route aux blessés militaires ne se limite pas à cet aspect numérique : les victimes de la route se recrutent, comme celles des conflits armés, dans les tranches de population relativement les plus actives ; comme à la guerre, le traumatisme est brutal, il affecte un organisme en pleine forme physique et mentale et, par conséquent, un individu particulièrement réadaptable. On y retrouve donc les mêmes conditions favorisant une réhabilitation que chez les blessés de la deuxième guerre mondiale, sur lesquels avaient été faites les décisives expériences qui ont donné naissance en quelques années à la science et à la technique de la réhabilitation.

Dans ce domaine des accidents, soulignons l'importance qu'y consacrent les organisations internationales, notamment le Bureau International du Travail, pour ce qui concerne la législation sociale du travail et les assurances sociales, les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la Santé, dans le domaine de l'assistance technique et de l'information du public. En ce qui concerne les accidents de la route, il ne s'agit de rien moins que d'éveiller la conscience mondiale et de susciter des actions énergiques pour lutter contre ce fléau des temps modernes. Evoquons également l'activité de certaines Sociétés nationales de la Croix-Rouge, notamment la Croix-Rouge française et son organisation de secouristes, ainsi que la Croix-Rouge italienne et ses ambulances et postes de secours sur les grandes routes.

Chez les travailleurs de tous les métiers, les invalidités définitives ou les états chroniques provoquant l'absentéisme ne sont pas seulement causées par les accidents ou les maladies professionnelles (par exemple les intoxications), elles peuvent aussi être la conséquence d'atteintes physiques ou mentales lancinantes et progressives dues à la position, aux fausses attitudes corporelles, à une ambiance défavorable et aux erreurs de comportement psychologique et social à tous les échelons de l'entreprise ou de l'admi-

nistration. Ces problèmes font l'objet d'investigations approfondies ; ils jouent un rôle important pour les assurances accidents et maladies. Déjà, lorsque le trouble est encore mineur, on s'efforce d'en supprimer la cause et, s'il y a lieu, on modifie le poste de travail ou on encourage le patient à se prêter à un traitement de rééducation fonctionnelle. Une attention toute spéciale doit être accordée, par exemple, aux invalidités, même légères, consécutives aux lésions dorsales, chez les travailleurs manuels comme dans les professions sédentaires ; on évoquera aussi certains troubles et la fatigue anormale qui frappent parfois les ménagères, souvent par suite d'un manque d'adaptation, le travail ménager n'ayant que rarement fait l'objet d'un apprentissage systématique.

L'accident du travail ou l'accident de la route, même s'il survient brutalement, n'est en fait — lorsqu'on en reconstitue la genèse — que le point ultime d'une chaîne de causes dont on ne s'est pas avisé en temps opportun ; par l'analyse, on se rend compte qu'il est souvent la conséquence d'une série de négligences, en soi minimes, mais dont la résultante et la succession ont conduit à l'accident. Ce qui oblige les statisticiens à incriminer beaucoup plus souvent qu'on ne le croyait le facteur humain, qui jouerait donc un rôle prépondérant dans les accidents de la route. Tel conférencier articulait la proportion de 90% de facteurs humains contre 10% de facteurs techniques.

2) **Réadaptation.** — Les principes généraux de la réadaptation (médicale, fonctionnelle, sociale et professionnelle) et les lois qui régissent le processus continu de la réhabilitation sont bien connus ; il n'est donc pas utile d'y revenir, sinon pour souligner quelques points sur lesquels les exposés de Copenhague insistaient tout particulièrement.

Par exemple, sur l'importance du diagnostic et du pronostic initial. Les méthodes actuelles d'investigation physiologique, psychologique et psychotechnique permettent en effet de procéder assez rapidement et avec un degré d'exactitude assez satisfaisant à l'évaluation des capacités subsistantes, des possibilités latentes à développer et des détériorations postérieures à juguler. Ce bilan une fois établi, on peut sans perdre de temps, esquisser et instituer le programme de réhabilitation, envisager sa durée approximative,

et fixer son objectif final. Cela signifie : définir à quel stade de réintégration sociale et professionnelle le blessé ou le malade pourra parvenir à l'achèvement de son traitement de réhabilitation ; c'est-à-dire, soit un emploi normal dans une usine ou un bureau (après avoir suivi les cours d'une école technique avec des camarades bien portants ou d'un centre de réadaptation professionnelle pour handicapés) ; soit une activité dans un atelier protégé ; soit une hospitalisation permanente dans un home pourvu d'un atelier protégé ; soit un travail à domicile ; soit enfin, lorsqu'aucune activité occupationnelle, même partiellement productive ne peut être envisagée, son installation dans une existence quotidienne prévoyant un programme de loisirs correspondant à ses goûts et à ses capacités.

Les moyens utilisés pour parvenir à cette évaluation varient forcément d'un pays à l'autre. Plusieurs exposés remarquables, mais trop techniques pour être résumés ici, montrent à quel degré d'exactitude on parvient aujourd'hui en combinant les tests psychotechniques et les essais de courte durée devant l'établi selon le principe de l'orientation continue. Citons le système Tower pratiqué aux Etats-Unis qui comporte une gamme très étendue de postes de travail simulés.

En établissant le pronostic de l'objectif final, il faut veiller, d'une part, à maintenir aussi haut que possible le moral du patient en suscitant en lui des motivations positives et, d'autre part, à ne pas se montrer trop optimiste sur la solution à prévoir. En effet, préparer un handicapé en vue d'un emploi normal dans une usine ou un bureau pour constater ensuite qu'il ne peut y réussir et qu'il doit être finalement placé dans un atelier d'occupation, sera plus néfaste que l'erreur commise en sens contraire. Car, dans la première éventualité, on aura provoqué une déception non seulement chez l'handicapé, mais encore chez l'employeur. Et dans le cas contraire, il sera toujours plus facile, au vu de résultats favorables constatés dans l'atelier d'occupation, de faire accéder le candidat à un emploi normal.

C'est pourquoi on préconise de plus en plus la création en grand nombre d'*ateliers d'occupation* ou d'*ateliers protégés* faisant fonction, pour certains cas limites, d'*ateliers d'observation* ou de triage. Il est utile d'intéresser les industriels à l'organisation de ces ateliers, non seulement en vue d'obtenir d'eux des commandes de travail, mais

aussi parce que l'existence de ces ateliers leur donnent indirectement la garantie que les placiens ne chercheront pas à faire engager dans leur entreprise des handicapés trop atteints pour se plier aux exigences et au rythme de travail d'usine ou de bureau.

Dans les ateliers protégés, dont le rendement doit être a priori considéré comme déficitaire, la difficulté d'ordre psychologique, social et économique réside dans le fait que la rétribution de l'ouvrier invalide ne doit pas être calculée en fonction de son rendement, mais en fonction de ses besoins et de ceux de sa famille. Ce problème trouve des solutions différentes dans chaque pays selon son système particulier d'assurances sociales.

La solution intermédiaire consistant à monter une entreprise réservée aux seuls handicapés en prévoyant à la fois de leur accorder des salaires normaux et d'être commercialement self supporting, aboutit le plus souvent à des résultats décevants tant sur le plan économique que sur le plan psycho-social.

Le succès d'une réintégration professionnelle est forcément conditionné par l'âge auquel le traumatisme est survenu, par l'intelligence de l'handicapé, par son équilibre mental et par l'attitude de son environnement familial et social.

Les cas où l'handicap physique, même léger, se complique d'une atteinte psychiatrique ou caractérielle seront les plus difficiles à résoudre. Il est évident que, pour la réhabilitation, le développement intellectuel et le comportement psychologique du sujet, ses facultés d'adaptabilité, constituent des éléments prépondérants quelle que soit la gravité de la lésion corporelle subie.

3) **Gérontologie de l'handicapé.** — Il s'agit là d'un problème qui retient depuis peu l'attention de certains spécialistes. Il arrive qu'un infirme ou un malade chronique frappé dans son enfance ou à l'âge mûr et qui, favorablement réadapté et normalement réintégré au point d'avoir exercé pendant de longues années une carrière professionnelle normale, subisse précocement les atteintes de l'âge, par suite d'une usure physiologique consécutive à l'infirmité. Par exemple, chez les amputés, les troubles vasculaires, chez les paraplégés, la déformation du squelette entraînant des difficultés motrices et une fatigue générale, chez les paraplégiques, des complications viscérales, chez d'autres, une diminution progressive des capacités

CHRONIQUE

physiques ou mentales de remplacement. Un contrôle médical régulier et, éventuellement, un traitement rééducateur peuvent parfois retarder ces aggravations, mais dans bien des cas, il faudra envisager, avant l'âge habituel de la retraite, une limitation de l'activité professionnelle et, par conséquent, une révision des prestations d'assurances sociales.

4) **Progrès techniques.** — Les techniques de la réadaptation sont aujourd'hui étonnamment développées. Qu'il s'agisse de la chirurgie récupératrice, des engins nécessaires à la rééducation fonctionnelle, de l'appareillage des amputés et des paralysés, de l'outillage et de l'instrumentation mécanique ou électronique, mis à la disposition des rhumatisants, des sourds, des aveugles, nous vivons vraiment à une époque où l'art et l'artifice suppléent à la nature, compensent les défaillances de l'homme.

Une exposition de moyens auxiliaires, organisée dans le cadre du Congrès, montrait les plus étonnantes réalisations des chercheurs et des inventeurs : une machine à écrire actionnée par commande buccale, chaque variation dans l'intensité et la durée du souffle correspondant à un signe typographique déterminé ; fauteuil à traction électrique équipé d'un roulement à chenilles pour grimper les escaliers ; voitures automobiles munies de dispositifs spéciaux ; et, le plus émouvant, ces prothèses de membres supérieurs, montées sur de petites brassières en métal ou en plastique et destinées aux enfants phocomèles, victimes de la thalidomide, qui en sont équipés dès l'âge de 18 mois déjà, pour que l'assimilation mentale s'accomplisse le plus tôt possible, en même temps que les muscles suppléatifs de l'épaule, du thorax ou du dos s'exercent à utiliser ces délicats appareils dont chaque levier de commande est relié à un minuscule amplificateur.

5) **Logements pour invalides.** — Dans divers pays, on se préoccupe de mettre à la disposition des handicapés moteurs des logements aménagés de façon à leur faciliter l'existence quotidienne. S'il est nécessaire de prévoir des dispositions architecturales spéciales : suppression des seuils et des marches d'entrée, appartements de plain-pied, ascenseurs assez larges pour les fauteuils roulants, aménagements spéciaux de cuisine et d'appareils sanitaires, on

évitera de construire des immeubles réservés entièrement aux invalides. Un bâtiment dans lequel serait prévue une faible proportion de logements pour invalides sera toujours, sur le plan social, une solution préférable, car il faut se garder de tous projets aboutissant à une forte concentration d'invalides. En effet, à quoi serviraient les efforts entrepris pour la réintégration des invalides dans la vie normale, si, sous le prétexte de logement, on en arrivait à les parquer les uns près des autres, à créer des ghettos d'handicapés. Les sociologues et les architectes qui se penchent actuellement sur les problèmes des grands ensembles, conseillent d'éviter toute ségrégation selon l'âge, le milieu, la profession, etc... Cette loi est valable aussi pour les handicapés qui ne doivent pas être condamnés à vivre à l'écart de la société. Faute de mieux, cette solution devra sans doute encore être envisagée — mais si possible dans des foyers à nombre limité de pensionnaires — pour les grands invalides sans famille, tributaires de soins hospitaliers constants.

Cependant, pour ceux-là même, signalons l'exemplaire conception d'un groupe d'immeubles construits récemment dans le même bloc que l'hôpital orthopédique de Copenhague. Ces immeubles logent une forte proportion de familles « normales » dont aucun membre n'est infirme, quelques familles dont le père ou la mère ou un enfant est handicapé et mettent enfin quelques studios spécialement aménagés à la disposition de couples ou de célibataires invalides ; ces logements communiquent directement par ascenseur avec le garage souterrain où l'invalides gare sa voiture. Au cas où l'un de ces handicapés, menant donc une vie normale dans un groupe de population « normal », a besoin d'aide ou de soins spéciaux, il a à sa disposition les médecins, les infirmières, les aides ménagères de l'hôpital voisin où il peut, d'ailleurs, se rendre directement par un couloir interne, en vue de suivre des traitements réguliers ou de travailler dans l'atelier protégé. C'est là un magnifique exemple d'anti-ségrégation.

6) **Team-work et Case-work.** — Depuis une vingtaine d'années les grands ténors de la réhabilitation insistent particulièrement sur l'action étroitement conjuguée de l'équipe (team) de réhabilitation. Chirurgien, médecin, thérapeute, psychotechnicien, éducateur, moniteur, placier, assistante sociale ne doivent pas s'approcher

successivement du candidat à la réadaptation, mais plus exactement dans une action concertée. Ce principe est toujours de plus en plus valable; pourtant, dans bien des pays, ces équipes ne sont pas encore réellement constituées, souvent par manque de personnel qualifié ou par incapacité pour ces différents spécialistes d'établir entre eux un langage commun.

Cependant, même là où l'équipe est homogène et bien rodée, on relève encore des échecs mal explicables. L'étude de ces échecs montre que si le principe du travail d'équipe est fondamental, il arrive toutefois un moment où l'handicapé en voie de réhabilitation doit non seulement être admis lui-même comme un membre actif de cette équipe, mais tendre à en devenir l'agent principal et à se libérer progressivement de l'aide de ses co-équipiers, seul moyen de prendre conscience de sa responsabilité personnelle. Pour qu'il y parvienne, il importe que — dans une phase intermédiaire entre la dépendance et l'autonomie — ce soit l'assistante sociale formée à la méthode du case-work qui prenne le pas sur ses collègues de l'équipe et qui, s'identifiant avec son client, l'amène à prendre lui-même ses décisions et l'aide à retrouver cette autonomie qui est la clé de voûte du processus de réhabilitation.

Ce passage d'une action concertée et collective vers un dialogue à deux voix pourrait paraître délicate, mais comme il est dans l'ordre des choses, il s'accomplit tout naturellement.

Team-work et case-work ne sont pas contradictoires, mais celui-ci doit peu à peu se substituer à celui-là. On s'aperçoit alors que la formation et la fonction des assistantes et assistants sociaux les préparent à s'approcher davantage de la personne de l'handicapé, alors que les autres membres de l'équipe, tout en considérant naturellement le cas d'espèce, procéderaient plus volontiers par généralisation.

7) **Vocation de l'handicapé.** — Seul restera vraiment handicapé celui qui n'aura pas été amené à surmonter sa déficience et à trouver dans son infirmité même le ressort de son action. C'est l'honneur de ceux qui l'entourent et l'assistent de contribuer à cette transmutation, douloureuse et laborieuse, d'un mal en un bien.

L'handicapé devient l'égal du bien-portant le jour où, grâce à l'aide qui lui a été apportée, il a accepté son infirmité et où il entre

avec bonne volonté dans sa nouvelle vocation, non pas celle qui lui aurait été imposée, mais celle qu'il a librement choisie, en tenant compte des données nouvelles que son handicap lui propose.

Mais une vocation n'est pas acquise une fois pour toutes, elle doit être constamment repensée, recrée au gré des circonstances. La condition de l'handicapé, comme celle de chacun, connaîtra des hauts et des bas. De même que le croyant doit chaque jour repenser et entretenir sa foi, ainsi l'infirme doit-il chaque jour réaccepter sa destinée et progresser dans sa vocation personnelle. C'est alors qu'il se sentira réintégré dans un monde où le peuple des bien-portants l'admettra enfin sans restriction.

DENYS DROIN

