

RÉINTÉGRATION DES INVALIDES DE GUERRE DANS LA VIE NORMALE ¹

Le problème de l'aide aux invalides de guerre est de ceux qui préoccupent vivement le Comité international de la Croix-Rouge ; ses statuts lui confèrent, en effet, la mission de « coordonner les efforts entrepris pour soulager les victimes de la guerre des maux qui sont la conséquence de la guerre ».

Dans le cadre de cette mission, le Comité international cherche à diffuser auprès des organismes intéressés les informations les plus récentes qu'il recueille dans le domaine de l'aide aux invalides de guerre ².

C'est dans cette intention qu'il a accepté une invitation venue de Londres et qu'il a délégué en Grande-Bretagne, en octobre-novembre 1948, un collaborateur de son Service des invalides pour participer à un cours organisé sur ce sujet par le « British Council » et les ministères britanniques, de la Santé, du Travail et du Service national, et des Pensions.

La présente étude, établie au retour de cette mission pour la division médicale du Comité international de la Croix-Rouge, expose les principes qui prévalent actuellement en matière de réadaptation des invalides en les illustrant par la description de ce qui a été réalisé en Grande-Bretagne ³ (N. d. I. R.).

¹ Dans son numéro du 15 août 1920, la *Revue internationale* a publié un article du Dr Frédéric Ferrière, vice-président du Comité international, exposant de quelle manière se présentait alors le problème que nous abordons ici. Cet article, suscité par l'idée d'organiser à Genève une exposition de prothèses et d'instruments visant à faciliter la rééducation fonctionnelle et la rééducation professionnelle des mutilés, évoquait le principe de l'« internationalité » des découvertes et des méthodes propres à soulager le sort des invalides de guerre. Il est intéressant de noter qu'à cette époque les recherches faites en vue de l'« appareillage » des invalides concernaient avant tout les travailleurs agricoles ; on n'envisageait pas encore les possibilités que pouvait offrir leur réintégration dans l'industrie.

² Cf. *Revue internationale*, août 1946, pp. 673-689. « Documentation relative à l'assistance aux invalides de guerre ».

³ Cf. *Revue internationale*, décembre 1948, p. 88. « Les invalides et leur retour au travail », par Norah HILL, A.R.R.C., chef de la Section des invalides au ministère du Travail et du Service national en Grande-Bretagne (*hors-texte*).

INTRODUCTION

Généralités. — Les expériences faites au cours de ces dernières années dans le domaine de la réadaptation professionnelle ont montré que la proportion des invalides récupérables pour le travail était beaucoup plus forte qu'on ne le pensait auparavant. Elle atteindrait même 95 %. Cette constatation modifie du tout au tout les données du problème que pose le sort des invalides de guerre, comme celui de tous les infirmes.

Naguère la communauté, plus ou moins consciente de son obligation morale envers ceux qu'elle considérait comme des deshérités, résolvait ce problème par l'assistance publique ou privée. Cette solution ne satisfaisait ni la communauté pour laquelle cette assistance, si limitée fût-elle, représentait une charge trop lourde, ni l'invalidé que cette assistance diminuait moralement sans lui assurer toujours l'existence matérielle.

Les résultats obtenus par certains pays dans l'emploi des invalides ont donc conduit à reconsidérer la question et à l'envisager, avec plus de réalisme, sous son aspect économique.

Le problème de l'infirmes ne relève plus seulement de la philanthropie, mais dans une très large mesure de l'économie publique. Le calcul est simple : une rééducation d'une durée de quelques mois, ou dans certains cas d'une ou deux années, peut donner à la grande majorité des invalides la possibilité d'exercer un métier, de gagner leur vie et de mener une existence normale ; cela coûtera moins cher à la communauté que 20, 30, voire 50 années d'assistance.

L'intérêt général tout autant que des considérations charitables invitent donc la communauté à se préoccuper de ce problème.

Le mot anglais « rehabilitation », qui n'a pas d'équivalent précis en français, signifie, lorsqu'il est question d'un invalide, le rendre de nouveau apte, le mettre en mesure de reprendre une activité professionnelle. Associé au mot « resettlement », il recouvre en fait ce que nous entendons par *rééducation fonc-*

tionnelle, réadaptation, rééducation et reclassement professionnels et réintégration sociale.

Pendant la guerre, alors que rien ne devait être négligé de ce qui pouvait augmenter le potentiel des combattants et des travailleurs, on demandait aux médecins et aux techniciens de rendre le plus rapidement possible à l'armée ou à l'industrie ceux que la maladie, une blessure de guerre ou un accident obligeaient à suspendre leurs occupations.

Les besoins militaires ont, en conséquence, favorisé dans un certain nombre de pays le développement des méthodes médicales et techniques et la création des centres de rééducation. Les organismes officiels ont pu disposer à cet effet de fonds nécessaires et de la collaboration de l'initiative privée. En outre, le grand public judicieusement informé de l'importance de ce problème a été amené à se libérer des préjugés anciens qui entravaient toute action constructive.

Législation. — En Grande-Bretagne, comme en d'autres pays, les résultats obtenus durant les premières années de la guerre déterminèrent, dès 1941, les Autorités responsables du sort des invalides, à poursuivre pour le temps de paix l'effort accompli sous l'empire de la nécessité.

Le Parlement britannique promulgua donc en 1944, sur la base d'études approfondies élaborées par un Comité interministériel, le « Disabled Persons (Employment) Act », la « *Loi sur le placement des invalides* ». Celle-ci constitue une véritable « Charte de l'invalidé ».

Tout le processus tendant à la réintégration de l'invalidé dans une activité professionnelle étant conçu en fonction de cette législation, il nous paraît opportun d'en indiquer les grandes lignes dès le début de cet exposé.

La loi définit ainsi celui qui en est le bénéficiaire : « Aux termes de cette loi, l'expression « invalide » s'applique à toute personne qui, en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'une malformation congénitale est gravement désavantagée lorsqu'elle veut rechercher ou conserver un emploi, ou entreprendre un travail à son compte, pour lequel, indépendamment de cette

blesse, maladie ou malformation, elle se trouverait apte en vertu de son âge, ses capacités et son expérience »¹.

« En complément de la définition citée au précédent paragraphe, on précise que l'expression « maladie » doit s'appliquer entre autres à toute condition physique ou mentale qui serait la conséquence du développement — ou du fonctionnement — imparfait d'un organe quelconque². »

Cette définition ne met plus l'accent sur l'invalidité elle-même, concept médical qui s'exprime en pourcentage d'incapacité fonctionnelle, mais plus exactement sur les conséquences que l'incapacité peut avoir dans l'exercice d'une profession.

L'aide de l'État est accordée à tous les invalides quelle que soit la cause de leur déficience, c'est-à-dire aussi bien aux personnes souffrant d'une infirmité congénitale ou provenant d'une maladie ou d'un accident qu'aux invalides de guerre.

Il convient de souligner que si *les invalides de guerre* bénéficient de privilèges spéciaux en ce qui concerne les pensions ainsi que de priorités sur les autres infirmes pour le placement, en revanche les dispositions générales du « Disabled Persons (Employment) Act » ne font aucune distinction entre l'invalidité de guerre et celle dont l'origine est sans rapport avec la guerre.

Bien que, de par ses statuts, le Comité international de la Croix-Rouge ne se préoccupe que des invalides de guerre, militaires et civils, nous nous rendons compte que dans la pratique, il est difficile de séparer ce problème de celui des autres infirmes. Il est à prévoir que la plupart des pays envisageront cette question dans son ensemble. C'est pourquoi nous l'aborderons ici sans établir de distinction entre ces deux catégories, tout en limitant la description des expériences britanniques

¹ « In this Act the expression « disabled person » means a person who, on account of injury, disease, or congenital deformity, is substantially handicapped in obtaining or keeping employment, or in undertaking work on his own account, of a kind which apart from that injury, disease or deformity would be suited to his age, experience and qualifications. »

² « For the purpose of the definition contained in the preceding subsection, the expression « disease » shall be construed as including a physical or mental condition arising from imperfect development of any organ. »

à celles qui concernent plus spécifiquement les invalides de guerre.

Comme il n'est pas possible d'entrer dans le détail de cette loi, nous nous bornerons à souligner les plus importantes acquisitions qu'elle apporte :

1. Elle institue un *Registre des invalides* dans lequel chaque invalide peut et doit se faire inscrire s'il veut bénéficier des avantages que la loi lui confère. Ce système d'immatriculation permet d'établir une statistique de l'ensemble des invalides (âgés de moins de 65 ans), de toutes catégories : amputés, paralysés, aveugles, sourds, tuberculeux, malades mentaux, cardiaques, rhumatisants, etc. Cette statistique donne aux autorités compétentes la possibilité de mesurer l'étendue du problème et de prendre les dispositions nécessaires en pleine connaissance de cause. L'enregistrement d'un invalide n'est pas obligatoire ; toutefois les avantages qu'il procure dans la recherche d'un travail sont si évidents que la plus grande majorité des invalides s'y prêtent volontiers. Certains d'entre eux, hommes ou femmes, ne se font, il est vrai, inscrire dans ce registre qu'à l'occasion d'un changement d'emploi. Ouvert en 1944, ce registre contenait en octobre 1948 les noms de plus de 900.000 invalides environ, soit le 2 % de la population totale de la Grande-Bretagne. Les invalides de guerre, militaires et civils, représentent un peu plus du 60 % de ce total ; il faut cependant considérer que si les statistiques les concernant sont relativement exactes, les chiffres relatifs aux autres invalides (congénitaux, accidentés, malades) le sont moins. Les personnes de plus de 65 ans n'y sont pas comprises et seuls les enfants atteints dès leur jeune âge d'une grave infirmité y figurent ; pour la plupart d'entre eux l'immatriculation n'intervient qu'à l'âge où ils entrent en apprentissage.

Ces 900.000 invalides se répartissent de la manière suivante :

Amputés	7,5 %
Autres cas chirurgicaux	34,9 %
Cas médicaux	35,3 %

RÉINTÉGRATION DES INVALIDES DE GUERRE...

Malades mentaux et nerveux	5,6%
(non compris les cas provoqués par une lésion nerveuse organique).	
Aveugles totaux	0,9%
Autres infirmités	15,8%

2. La loi impose à toute entreprise occupant un minimum de 20 employés l'obligation d'engager *trois pour cent* d'invalides ¹. Cette disposition a pour conséquence, d'une part d'assurer le placement des invalides et, d'autre part de faire participer l'ensemble de la population à l'effort accompli en leur faveur. Les industriels qui engagent un « handicapé », autant que les employés qui l'accueillent dans leurs rangs, ne peuvent plus ignorer qu'un invalide judicieusement rééduqué est capable d'exercer un métier, de gagner sa vie, et de mener une existence normale. L'attitude du public à l'égard de l'infirmes en est transformée. Il cesse d'être un objet de pitié et d'attendrissement stérile, il devient un homme, qui a droit à certains ménagements, qui mérite certains égards, mais qui en revanche, ne peut se dérober au devoir de participer à l'effort commun.

3. La loi crée la fonction de « *Disablement Resettlement Officer* » communément désignée sous l'abréviation de « D.R.O. ». Ce fonctionnaire du ministère du Travail s'occupe de tout ce qui peut faciliter le retour de l'invalides au travail ; c'est lui qui en coordination avec le médecin, suit le malade ou l'invalides dès le moment où celui-ci, encore à l'hôpital, envisage une activité future jusqu'au jour où il est définitivement installé dans un emploi stable. L'activité de ce fonctionnaire est très

¹ Cette obligation, pour les grandes entreprises, d'employer un certain pourcentage d'invalides était déjà en vigueur depuis 1918 dans nombre de pays, en faveur des invalides de guerre. En ce qui concerne les autres infirmes, aucune obligation légale n'était stipulée. Cependant en Grande-Bretagne, dès 1939 et même précédemment, un grand nombre d'entreprises se faisaient un point d'honneur d'engager des infirmes ; elles y étaient d'ailleurs encouragées par un mouvement général d'opinion qui se dessinait de plus en plus. D'autre part, en Allemagne, dès 1933, les industriels étaient contraints, par les dirigeants du régime au pouvoir, d'utiliser le plus possible, en vue de l'augmentation de la production de guerre, cette réserve de main-d'œuvre jusque-là négligée.

importante et nous aurons l'occasion d'y revenir à plusieurs reprises au cours de cet exposé.

4. Elle recommande et contribue à la création d'une « *Disabled Persons Employment Corporation* », institution privée, mais subventionnée par l'Etat, chargée de fournir aux grands mutilés, incapables de travailler dans des conditions normales, des occasions de travail dans des ateliers spéciaux (remploy factories) ou à domicile.

La législation britannique n'a pas été créée d'après des principes théoriques. Elle est le fruit d'un grand nombre d'expériences dues primitivement à l'initiative privée et réunies par la suite dans un programme coordonné. Les aspects divers du processus d'ensemble que l'on entend par « réadaptation » apparaissent nettement à celui qui visite les différentes institutions (services d'hôpitaux, centres d'observation, d'orientation ou de rééducation professionnelle, offices de placement) fondés en vue de réaliser ce programme. Chacun d'eux se trouve à un stade variable de son développement. C'est ainsi qu'on peut voir en Grande-Bretagne, à côté de bâtiments spécialement construits et équipés de la manière la plus complète, des installations de fortune, apparemment improvisées dans des baraquements, mais dans lesquelles, cependant, rien n'est négligé de ce qui est indispensable au traitement, à l'apprentissage ou au bien-être des pensionnaires.

Rôle du médecin et du personnel. — La « réhabilitation » et le « resettlement » d'un invalide posent plusieurs problèmes distincts mais inséparables les uns des autres, et qui doivent être énoncés de manière à permettre une solution d'ensemble.

Chacun de ces différents problèmes, tels que médical social, économique ou technique, est confié à un praticien spécialisé. C'est par leur action concertée que ces praticiens travaillant dans un étroit *esprit d'équipe*, ayant chacun un champ de responsabilités nettement déterminé, parviennent à rendre au malade sa valeur humaine et sa valeur économique. Atteindre ce but est une tâche excessivement délicate. C'est pourquoi elle ne doit être confiée qu'à des « professionnels ». Et pourtant, il n'y a pas bien longtemps, elle était entièrement laissée à ces

« amateurs » que sont l'invalidé lui-même, sa famille ou son entourage. Le médecin d'autrefois considérait que sa tâche se terminait avec la cicatrisation de la lésion ou la « consolidation » de l'infirmité.

Or, si l'infirme n'est pas judicieusement conseillé il se décourage, il constate qu'il est incapable de se remettre au travail ; il se sent exclu de la communauté et risque de devenir une épave ; mais est-ce sa faute si on l'a abandonné seul au milieu de la course ? Si on l'a rendu à la vie sans lui indiquer « la manière de s'en servir » ? Laisse à lui-même, il n'a, en effet, ni l'énergie sans doute, ni surtout la compétence voulue pour continuer, sans appui, la route qui doit aboutir à la reprise d'une existence aussi normale que possible.

Le médecin a donc le devoir, non seulement de confier son client à l'équipe des auxiliaires laïques chargés de parachever l'œuvre commencée, mais encore de diriger et de contrôler leur action, et même de suivre l'infirme (ou l'ancien malade) jusqu'au moment où il devient certain que celui-ci est bien installé dans un emploi stable.

Or, la plupart des médecins n'ont ni le temps, ni la préparation qu'exige une tâche à ce point délicate qu'elle tend à introduire dans la liste déjà longue des spécialisations médicales une nouvelle discipline. Le « *medical rehabilitation officer* », le médecin spécialisé dans la réadaptation des invalides, sera un physiothérapeute, un orthopédiste, un chirurgien, un psychiatre, un neurologue, un phtisiologue, un oculiste ou un pédiatre qui aura acquis ou complété son expérience par une formation particulière.

Il se sera même parfois efforcé de se dégager de certaines attitudes propres à sa spécialisation première ou à la profession médicale en général. Un médecin, en effet, est généralement accoutumé à fixer son attention sur la partie lésée ; or, pour la rééducation professionnelle, il lui est demandé au contraire de considérer surtout ce qui subsiste. Cela n'est pas facile. Certains spécialistes seront parfois placés devant un dilemme. Par exemple, un oculiste, ayant l'occasion de se trouver souvent en contact avec des malades menacés de perdre la vue, acquerra dans le domaine de la psychologie de l'aveugle une expérience

qui le poussera plus qu'un autre à s'occuper de la rééducation morale, sociale et professionnelle des aveugles. Mais se consacrera-t-il longtemps à des êtres dont l'organe de la vision, qui fait réellement l'objet de son intérêt professionnel, ne réclame plus ses soins ?

Le médecin chargé de la réadaptation doit être un connaisseur de la nature humaine, un bon psychologue, un entraîneur, un animateur ; il doit surtout avoir du caractère. Ceux qui ont le privilège de connaître quelques-unes de ces personnalités médicales de premier plan savent que le service de rééducation fonctionnelle d'un hôpital ou qu'un centre de rééducation ne vaut que ce que vaut son chef. D'ailleurs, la plupart de ces chefs ont été des médecins militaires et cela explique parfois leur intérêt pour cette branche spéciale et cet aspect nouveau de l'art médical. Le médecin militaire, en effet, est davantage un « récupérateur » qu'un « pathologiste ». A l'armée, le médecin envisage sa tâche sous un autre aspect que dans le civil, il ne soigne pas un malade, mais un homme dont le pays a besoin. L'intérêt de la communauté prime celui de l'individu.

C'est ce même principe qui, par la force des choses, commande la « réadaptation ». Or, il se trouve qu'en cherchant, pour décharger la communauté, à faire produire l'invalidé, on atteint du même coup le bien maximum de celui-ci : libéré de la dépendance que lui imposait l'infirmité, il retrouve sa dignité d'homme ; aux yeux de la société comme à ses propres yeux, il est réhabilité — au sens français du terme.

Dans les institutions créées en faveur des invalides, il est indispensable que les membres du personnel comme les pensionnaires eux-mêmes soient conscients aussi bien de la portée morale que du but pratique de l'effort qui leur est demandé.

Ce qui se dégage de la visite de certains centres de rééducation, c'est avant tout l'enthousiasme communicatif avec lequel les médecins et leurs collaborateurs accomplissent une tâche souvent difficile ; c'est aussi le respect humain qu'ils témoignent à leurs patients ; c'est réciproquement la confiance de ces derniers envers ceux qui les soignent et qui les rééduquent.

Nous voulons faire comprendre par là que « réadapter » un

invalide, cela ne consiste pas seulement à résoudre un problème médical, chirurgical, social ou technique, cela consiste aussi à pénétrer l'homme, à envisager en lui la personne tout entière. Ceci ne peut se faire qu'avec un respect profond et une grande délicatesse ; c'est une œuvre de foi réalisée dans une atmosphère d'étroite collaboration et où le principal intéressé ne doit pas être le moins actif.

Dès le premier jour, celui-ci est averti que sa participation à l'œuvre commune est essentielle, il est informé que son énergie et sa volonté représentent des facteurs indispensables du succès final ; il sait que l'aide ne lui viendra de l'extérieur que pour autant qu'il y apporte sa propre contribution. Cet appel à la responsabilité personnelle du malade constitue peut-être une innovation. Mais cependant à aucun moment le malade n'est livré à lui-même. On ne lui laisse pas le temps de se préoccuper inutilement de son avenir. On lui fait comprendre, théoriquement d'abord et pratiquement ensuite, que dans son cas, ce n'est plus l'invalidité qui compte, mais au contraire les aptitudes et les qualités qui subsistent. Ce sont ces aptitudes que l'on s'efforcera de découvrir et ces qualités qui seront développées. Pendant toutes les phases de sa rééducation, il sera suivi et soutenu, jusqu'au jour où il aura repris une activité dans un emploi stable.

Processus continu. — C'est peut-être en raison même de l'absence dans notre langue de termes précis qu'il nous est difficile de concevoir comme un tout les différentes phases du processus continu de la « réhabilitation » et du « resettlement » dont l'objet est de conduire le blessé ou le malade de son lit d'hôpital à son établi de travailleur. Il ne s'agit pas, en effet, d'actions successives, mais au contraire d'une combinaison d'actions souvent simultanées, se chevauchant parfois, ou même étroitement enchevêtrées et liées l'une à l'autre.

Si pour la clarté de notre exposé, il est nécessaire de les séparer et de les décrire les unes après les autres, nous nous attacherons cependant à montrer comment elles s'articulent entre elles.

Le processus de la « réhabilitation » ne commence pas, comme

on pourrait le croire, au moment de la convalescence, il ne succède pas au traitement médical, il lui est étroitement dépendant, il est aussi important et aussi urgent que celui-ci. Plus tôt le malade y sera soumis, plus grands seront les résultats et plus large la récupération.

En Grande-Bretagne, comme en d'autres pays, les traitements et les cours tendant à la réadaptation ne sont pas dispensés uniquement aux invalides « définitifs ». Tout accidenté ou malade, dès son entrée à l'hôpital, en devient automatiquement le bénéficiaire. C'est pourquoi, dans le chapitre consacré à la rééducation fonctionnelle, il ne nous sera pas possible de distinguer ces « invalides temporaires » des « invalides définitifs ». Par la suite, la sélection s'opérera d'elle-même, puisque le plus grand nombre des accidentés ou des malades auront pu, après une période de rééducation fonctionnelle, reprendre leurs occupations antérieures. Et c'est donc ceux qui font vraiment l'objet de notre étude, les « invalides définitifs », qui nous occuperont seuls lorsque nous aborderons le domaine de la rééducation et du reclassement professionnels.

RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Dès les premiers soins, on s'attache à prévenir ou à limiter l'invalidité en tenant compte de ses conséquences immédiates ou lointaines.

En effet, indépendamment de l'invalidité causée par la lésion ou la perte d'un membre ou de la fonction d'un organe, toute maladie ou blessure grave provoque, d'une part, un affaiblissement physique dû à une immobilisation prolongée (atrophie des muscles, ankylose des articulations, troubles circulatoires, etc.), et, d'autre part, un affaissement moral dû à l'inaction et aux préoccupations d'ordre personnel ou familial (douleur, choc créé par une atteinte à l'intégrité corporelle, crainte de perdre son emploi, exagération des effets possibles de l'invalidité, soucis devant l'avenir).

Moyens physiques. — Pour prévenir et combattre les effets physiques et psychiques de l'immobilisation, le médecin spé-

cialisé (medical rehabilitation officer) fait appel à son équipe de collaborateurs : le *physiothérapeute* (physiotherapist), le *moniteur en gymnastique médicale* (remedial gymnast), le *moniteur en thérapie par le travail* (occupational therapist : « ergothérapeute »). Ce sont là des professions féminines ou masculines qui ont toutes acquis droit de cité dans les pays de langue anglaise. L'activité de ces spécialistes est distincte de celle des infirmières ; ils sont formés dans des écoles spéciales où l'enseignement dure plusieurs années.

Les *traitements physiothérapiques* sont appliqués aussitôt que le malade a surmonté le choc opératoire ou que l'infection a disparu. On distingue la physiothérapie passive et la physiothérapie active. Les traitements passifs (massages, bains, électrothérapie, chaleur) précèdent ou alternent avec les traitements actifs (gymnastique individuelle, mécanothérapie, gymnastique en groupe, jeux en groupe, compétitions sportives). Les exercices de gymnastique en groupe commencent déjà pendant la période d'alitement : le moniteur, debout sur une table au milieu de la salle d'hôpital, commande les mouvements après avoir attribué à chaque patient un numéro de catégorie allant de 1 à 10 indiquant à chacun le groupe d'exercices qui convient à son cas (p. ex. tels exercices intéressant le buste, les bras ou la tête seront réservés aux malades dont les membres inférieurs sont immobilisés).

Ces exercices au lit ont pour but :

a) d'activer la circulation du sang et d'assouplir les muscles indemnes ;

b) de diriger l'esprit du malade sur les parties saines de son corps, ce qui, du point de vue psychologique, est très important (en effet, les traitements médicaux et chirurgicaux, comme certains exercices physiothérapiques auront eu indirectement pour résultat de concentrer l'attention du patient sur les organes ou les membres malades) ;

c) de créer une diversion attrayante et d'apporter dans la chambrée un esprit de compétition et de camaraderie dont l'effet psychologique est évident.

Dès que le malade est capable de se déplacer, soit par ses propres moyens, soit à l'aide de béquilles ou d'une voiturette, les exercices ont lieu dans la salle de gymnastique. Par là aussi, on cherche à atteindre plusieurs résultats : fortifier l'état général, déraider les muscles et les articulations malades, favoriser la formation de nouveaux réflexes, distraire le patient, lui montrer qu'il est de nouveau capable d'agir, le mettre par une action commune en contact avec d'autres, lui offrir l'occasion de prouver sa force et son adresse, lui permettre de constater jour après jour les progrès réalisés, etc.

Cependant, les exercices de gymnastique ne peuvent être exécutés, sans lassitude, très longtemps de suite. Il faudra donc les faire alterner aussitôt que possible avec une occupation encore plus attachante, une activité productive. Nous pénétrons ici dans le domaine de la *thérapie par le travail*, (occupational therapy) domaine encore relativement nouveau et dont le champ d'application paraît illimité.

Celle-ci vise à trois fins distinctes :

a) réveiller la volonté du malade assoupie par l'inaction et le détourner de l'anxiété provoquée par des préoccupations exagérées (diversional therapy) ;

b) lui redonner le goût du travail et, dans certains cas, l'intéresser à une activité nouvelle qui deviendra peut-être un futur métier (vocational therapy) ;

c) faire mouvoir, dans un but thérapeutique et avec l'attrait d'une activité productive, les muscles atrophiés et les articulations ankylosées (remedial therapy).

Cette thérapie est appliquée, elle aussi, déjà au lit du malade. A ce premier stade, elle consiste en travaux de tissage (exécutés sur des métiers simples et légers), broderie, vannerie, maroquinerie, etc. Lorsque le malade est autorisé à quitter son lit, il travaille, plusieurs heures par jour, à l'atelier de travaux manuels que possède dans les pays anglo-saxons chaque grand hôpital. A cette fin les ateliers de thérapie par le travail de certains hôpitaux disposent de machines et d'établis spéciaux

dont les commandes peuvent être adaptées à chaque cas : p. ex. des métiers à tisser dont la navette est aménagée de façon à faire lever les bras plus qu'il ne serait normalement nécessaire ; des emporte-pièce dont le levier de commande est muni d'un dispositif de frein contraignant l'ouvrier à fléchir le pouce ou tel autre doigt ; des étaux dont la vis de serrage est remplacée par un contre-poids actionné par une pédale obligeant l'ouvrier souffrant d'une raideur du genou à fléchir et à tendre la jambe chaque fois qu'il doit serrer ou desserrer l'étau.

Certaines grandes usines (Austin, Vauxhall) ont également aménagé de tels ateliers dans lesquels les accidentés ou les malades de l'usine travaillent, sous la direction d'un médecin, durant la période intermédiaire qui suit la phase aiguë de la maladie et précède la consolidation définitive ou la guérison complète. Dans cet atelier, les machines-outils sont adaptées par le technicien, sur l'avis du médecin, en vue de la récupération fonctionnelle progressive du membre ou de l'organe lésé ; l'objectif médical prime en conséquence le rendement industriel. Ce rendement est toutefois intéressant pour l'entreprise puisque, la durée de l'absence étant diminuée, la perte de production subie à la suite de la maladie ou de l'accident frappant l'ouvrier en est limitée. L'accidenté ou le malade travaille dans cet atelier selon des conditions contractuelles spéciales approuvées par les compagnies d'assurances, les syndicats et le ministère du Travail ¹.

Les travaux les plus divers sont exécutés dans les ateliers des hôpitaux, tels que la menuiserie, le découpage ou la sculpture sur bois, la confection d'objets en cuirs ou en matières plastiques, le modelage, la fabrication de jouets ou de poupées, la petite mécanique, bref tous genres de travaux d'arts appliqués.

Cette thérapie par le travail aura souvent permis aux invalides de développer certaines dispositions et certains goûts latents dans le domaine artistique. Outre la satisfaction profonde qu'ils en auront éprouvée et qui aura eu sa répercussion dans leur équilibre mental, cela aura servi parfois à les enrichir

¹ Ceci relève du domaine de la médecine industrielle, sujet qu'il ne nous appartient pas de développer dans ce texte.

pour toute leur vie en leur donnant le goût d'un « hobby » ou à leur donner les possibilités de se spécialiser dans un métier plus intéressant.

Moyens moraux. — La physiothérapie et la thérapie par le travail, méticuleusement graduées, apportent au patient des bienfaits évidents tant en ce qui concerne le physique que le moral. Cependant, la lutte contre *l'affaïssement psychique* et l'engourdissement intellectuel mobilise de nouveaux spécialistes.

La tâche de *l'assistante sociale d'hôpital* (almoner), est particulièrement délicate : par des entretiens avec le malade et des contacts avec la famille et l'employeur, elle s'efforcera d'apporter une solution satisfaisante aux difficultés d'ordre personnel, domestique ou financier qui préoccupent le patient. L'expérience clinique montre que l'amélioration de l'état physique, la cicatrisation des plaies et l'atténuation des douleurs ont de grandes chances d'être accélérées si le malade est libéré de ses soucis les plus immédiats. A cette tâche contribue également, *l'instituteur* (educational officer) mis à la disposition des malades désireux de compléter leur instruction (soit dans les domaines de la culture générale, soit dans une branche déterminée) ; le *personnel bénévole* chargé de distribuer les livres des *bibliothèques d'hôpitaux* ou d'ornez les salles d'hôpitaux de reproduction d'œuvres d'art ; et, dans certains établissements, *l'ordonnateur des jeux* (welfare officer) auquel est confié le soin d'organiser les divertissements de société.

C'est au médecin spécialiste de la « rehabilitation » ou au moniteur en thérapie par le travail ou, selon les cas, à un autre praticien qu'incombe la tâche d'établir l'horaire de la journée du malade. Il veillera à faire alterner les occupations passives avec les occupations actives : traitements physiothérapeutiques, travaux manuels, lecture, écoute de la radio, jeux sportifs, jeux de société, etc.

Le but de toutes ces activités est de ne pas laisser le malade trop longtemps oisif et livré à lui-même. Tout invalide, toute personne contrainte par un accident ou une grave maladie d'interrompre ses occupations habituelles pour un certain temps, doit bénéficier de cette thérapie, même celui qui s'esti-

merait, à tort ou à raison, capable de pourvoir seul au maintien de son équilibre psychique. Cette thérapie ne signifie pas que le malade soit atteint d'un désordre mental ou d'une déficience morale ; au contraire cette rééducation fonctionnelle tend à prévenir ou à combattre l'engourdissement qui frappe, sans que l'intéressé ou ses proches puissent toujours s'en rendre compte, les facultés morales et intellectuelles de la personne comme les organes physiques de l'individu.

Il est évident que, dans les cas de dépression grave ou d'affection mentale, le psychiatre interviendra et prescrira le traitement médical nécessaire. Notons, à ce propos que dans les établissements psychiatriques, les méthodes de thérapie par le travail sont spécialement adaptées au traitement de ce type de malades. Il en est de même en ce qui concerne les enfants, aveugles, sourds, amputés ou atteints de paralysie spastique ou de retard intellectuel pour lesquels des jeux éducatifs ont été spécialement conçus.

Nous avons vu que dès son entrée à l'hôpital, le patient a été libéré, par les démarches de l'assistance sociale, de ses soucis les plus immédiats. Par la suite, il importe de prévenir et d'atténuer les préoccupations bien compréhensibles qu'il nourrit en ce qui concerne son avenir. Dès qu'un pronostic suffisamment précis peut être établi, l'assistante sociale convoque à l'hôpital le « Disablement Resettlement Officer » le D.R.O. Ce fonctionnaire du ministère du Travail (dont il a déjà été question) examine au cours d'entretiens avec le médecin et l'invalidé lui-même les *possibilités de travail futur*.

Nous pénétrons par là dans le domaine du reclassement professionnel que nous étudierons aux chapitres suivants. Cependant, l'examen précoce de ce problème capital, surtout s'il est abordé dans un esprit de franchise réciproque et de collaboration positive, aura une répercussion évidente sur le moral de l'intéressé et sur les progrès de sa guérison. Pour cette raison, il convient donc déjà de l'évoquer ici comme un des éléments de la rééducation médicale.

Il ne nous paraît pas inutile de préciser que, dans les localités d'une certaine importance, les blessés ou les malades non hospitalisés peuvent eux aussi bénéficier de ces méthodes de

rééducation fonctionnelle. En Grande-Bretagne, chaque grand hôpital reçoit dans ses services de physiothérapie et de thérapie par le travail, des *malades ambulatoires*, organisant même parfois, pour faciliter le déplacement de certains d'entre eux, un service spécial d'ambulances.

La physiothérapie et la thérapie par le travail auront facilité à l'accidenté ou au malade peu gravement atteint le passage de la période toujours délicate de la réadaptation à la vie normale ; celui-ci pourra dans la plupart des cas reprendre, sans effort excessif, son activité professionnelle antérieure.

A celui qui, au cours du traitement hospitalier, aura dû faire face à la douloureuse perspective d'une invalidité définitive, la physiothérapie et la thérapie par le travail auront permis de parcourir, dans les conditions les plus favorables et avec un minimum de souffrances, la première étape de la route difficile de l'acceptation. L'atmosphère positive et entraînante dont il aura été entouré par le personnel, l'exemple de ses camarades invalides lui auront donné l'énergie et *la volonté de surmonter son infirmité* ; il aura retrouvé le sentiment de sa responsabilité personnelle ; il sera prêt, continuant sa route, à s'engager vers l'étape suivante, celle de la rééducation professionnelle par laquelle il retrouvera sa place dans la communauté.

(à suivre.)

Denys Droin.