

WORLD HEALTH
ORGANIZATION



مَنظَرُهَا الصَّحَّةُ الْعَالَمِيَّةُ

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

EM/RC30/10

Juin 1980

Trentième session

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 11 de l'ordre du jour

READAPTATION

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
Définition	1
Réadaptation : une responsabilité d'équipe	1
L'approche d'équipe	1
Intervention rapide	2
Incidences émotionnelles et sociales	2
Pratique sociale traditionnelle	3
Dépendance vis-à-vis des établissements	3
Réadaptation économique	4
Demande croissante	4
1981 : Année internationale des personnes handicapées	5
Intérêt porté par l'OMS et le FISE	5
Activité du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale	6
Conclusion	7

Définition

Selon le *Webster's Dictionary*, le terme *rehabilitation* tire son origine du verbe latin *rehabilitare*, qui signifie "rétablir". Ce mot est composé du préfixe *re* signifiant "de nouveau" et du verbe *habilitare* signifiant "rendre convenable". En d'autres termes, "réadapter" signifie "faire recouvrer à un sujet sa capacité antérieure". La définition du dictionnaire est importante car elle comporte la nécessité de considérer la réadaptation comme un processus intéressant "l'ensemble" de la personne. Elle suppose non seulement le rétablissement des déficiences physiques, mais aussi la rééducation des personnes handicapées et la fourniture du soutien psychologique et social nécessaire pour guérir les traumatismes psychiques.

Réadaptation : une responsabilité d'équipe

L'intérêt officiel pour la réadaptation est un phénomène relativement moderne. Dans le passé, la réadaptation concernait surtout les problèmes des combattants revenant de la guerre; d'où l'intérêt considérable qu'elle suscite actuellement.

Toutefois, l'importance de la réadaptation pour le développement industriel est évidente lorsque l'on considère les charges fiscales et les frais d'assurance élevés qu'il faut payer pour compenser l'incapacité d'incorporer les handicapés dans l'économie. Des études des coûts et avantages ont montré que l'on peut réaliser d'importantes économies en permettant aux handicapés de retrouver un emploi protégé ou approprié dans l'industrie.

L'approche d'équipe

La notion complète de réadaptation démontre à l'évidence que ce n'est pas une tâche pour une seule personne. C'est essentiellement une responsabilité d'équipe qui implique la coopération de nombreuses disciplines, telles que la physiothérapie, la technologie des orthèses, l'ergothérapie, les soins infirmiers, les services récréatifs, l'orthophonie, les services psychologiques, l'assistance médico-sociale, l'orientation professionnelle et les services de placement. Bien entendu, chaque cas individuel n'a pas besoin des services de toutes ces disciplines, mais la plupart des cas, sinon tous, ont besoin des services de certaines d'entre elles.

On peut tirer de nombreux enseignements de la réadaptation dans l'industrie, où l'on a recours depuis quelque temps déjà à la rééducation et aux ateliers protégés. Ces techniques peuvent être employées pour une vaste gamme d'incapacités, notamment celles qui résultent des cardiopathies, des arthrites, de la maladie rhumatoïdale, des maladies neuro-musculaires telles que la poliomyalgie, la paralysie cérébrale, la paraplégie, et un large éventail d'états traumatiques et orthopédiques.

Intervention rapide

Le succès de la réadaptation est plus grand si elle commence dès l'apparition de la maladie ou de la lésion. C'est un processus d'adaptation pour le malade, qui bénéficie d'un certain nombre de services qui ne fonctionnent ni isolément ni successivement, mais ensemble et simultanément. La tâche immédiate consiste à guérir la maladie ou la lésion par la chirurgie, les médicaments, les soins infirmiers et toute autre méthode appropriée. Les résultats (guérison, longueur de la convalescence, incapacité résiduelle et limitation de la capacité du travail physique) doivent être estimés dès que possible.

Pendant la convalescence, le premier objectif du programme est de prévenir ou de minimiser la détérioration physique, le deuxième de faire recouvrer la force et le troisième de restituer un usage aussi complet que possible de la fonction physique.

Le programme de réadaptation, commencé à l'hôpital, est ensuite confié de manière appropriée à d'autres organismes. Le surveillance médicale peut être réduite, mais elle doit être maintenue à un niveau adéquat jusqu'à la réinsertion totale du sujet dans la société.

Incidences émotionnelles et sociales

La perturbation émotionnelle qui accompagne les maladies et accidents graves doit toujours être prise en considération. Les premiers efforts des médecins, du personnel infirmier et d'autres conseillers doivent viser à remonter le moral du malade dès le début de l'épisode traumatique. Ainsi, la pratique de la physiothérapie et de l'ergothérapie, l'éducation, les loisirs, les visites d'amis et de parents, la distraction et l'éducation par le biais des média peuvent tous contribuer à remonter le moral et à maintenir la stabilité émotionnelle.

Pratique sociale traditionnelle

Dans cette Région, la réadaptation doit en outre tenir compte de caractéristiques culturelles importantes qui diffèrent très nettement à maints égards de celles de l'"Occident". Traditionnellement, les Orientaux ont accepté de s'occuper, aux niveaux de la collectivité et de la famille, des handicapés physiques et mentaux ainsi que des sourds et des aveugles.

Cette prise en charge par la collectivité a jusqu'à présent limité considérablement la part de responsabilité des pouvoirs publics dans les soins aux handicapés et aux personnes âgées. Cependant, l'urbanisation accrue, qui s'accompagne d'une réduction de l'espace vital, assigne aux pouvoirs publics des responsabilités croissantes dans la prise en charge des handicapés. C'est là une des rançons qu'il faut payer au "progrès".

Il y a pourtant une leçon dont nous pouvons tous tirer parti : c'est la nécessité d'accroître la capacité de la collectivité de s'occuper des personnes à charge. Les gouvernements des pays de notre Région peuvent soutenir, favoriser et développer l'approche traditionnelle, au lieu d'en ignorer les mérites et de se lancer de manière désordonnée dans des programmes élaborés et onéreux de placement des handicapés dans des établissements, croyant avoir trouvé une solution.

L'importance de la religion ne peut pas non plus être sous-estimée. Le réconfort et l'aide que les sujets gravement malades et blessés peuvent trouver dans leurs propres croyances et auprès de leurs conseillers spirituels peuvent concourir puissamment à la réussite des programmes de réadaptation. Plus que les disciplines scientifiques, les valeurs spirituelles peuvent redonner courage aux malades et les mettre en mesure d'affronter le long et, peut-être, pénible processus de réintégration dans la société.

Dépendance vis-à-vis des établissements

Un long séjour à l'hôpital entraîne une dépendance excessive vis-à-vis des services hospitaliers. En revanche, un retour prématuré au foyer peut constituer une expérience redoutable pour un handicapé. Il peut souffrir d'un grave complexe d'inferiorité parce qu'il se rend compte de ses limites. En outre, sa famille peut se

sentir dégoûtée ou mécontente de reprendre en charge l'un de ses membres handicapé et juger insupportable la responsabilité et la charge supplémentaire qu'il fait peser sur ses ressources. Un facteur important de la réussite de la réadaptation réside donc dans l'orientation du malade et de sa famille. L'un comme l'autre doivent être préparés au retour au foyer.

Réadaptation économique

Dans les centres urbains surtout, les maladies ou accidents graves peuvent être une catastrophe économique pour l'individu. Aussi est-il souvent essentiel que l'Etat assume certaines responsabilités pour en limiter les incidences désastreuses sur la victime jusqu'au moment où elle pourra reprendre en toute sécurité sa place de salariée. L'économie nationale tirera profit du retour aussi rapide que possible du blessé et du handicapé à une vie productive, mais n'a aucun intérêt à permettre qu'ils demeurent des charges pour la collectivité.

En raison des vastes répercussions de l'établissement d'un programme complet de réadaptation, il convient de tenir dûment compte de l'importance des organisations bénévoles. Ces organisations ont joué un rôle très important dans ce domaine particulier dans maints pays. Etayées par l'acquis scientifique, elles peuvent mener une action très opportune en rendant économiquement réalisable ce qui autrement serait d'un coût prohibitif.

Demande croissante

Notre Région est témoin d'une diminution des responsabilités familiales, qui accompagne un développement industriel croissant, d'une augmentation du nombre des véhicules dans les pays et d'une regrettable poursuite des conflits dans de nombreuses parties. Il s'ensuit une demande accrue de tous types de services de réadaptation. Beaucoup de nos bidonvilles abritent un grand nombre d'habitations excessivement petites, où le surpeuplement pose un problème de plus en plus aigu, situation qui est à l'origine d'un nombre très élevé d'accidents domestiques, surtout des brûlures dues à l'équipement inadéquat des cuisines.

1981 : Année internationale des personnes handicapées

Les Nations Unies portent un intérêt accru à la réadaptation et, à sa toute première session en 1976, l'Assemblée générale a proclamé 1981 Année internationale des personnes handicapées. Le thème de l'année est "Participation et égalité totales".

Intérêt porté par l'OMS et le FISE

Pour la première fois de son histoire, le FISE a inscrit à l'ordre du jour de la session de 1980 de son Conseil exécutif l'examen d'une politique générale sur les enfants handicapés. La discussion a été alimentée par un rapport spécial préparé par *Rehabilitation International* (E/ICEF/L.1410), qui donne une excellente vue d'ensemble de la situation en ce qui concerne les enfants. Cette étude passe en revue la documentation sur le sujet et relate une série d'observations sur le terrain relatives à des enfants handicapés dans un échantillon mondial de pays dans lequel cette Région est représentée par l'Arabie Saoudite et la Jordanie. Il est dit au début du rapport qu'un enfant sur dix naît avec ou acquiert une déficience physique, mentale ou sensorielle et qu'on ne fait pas grand-chose pour prévenir l'apparition de ces infirmités ou de leurs conséquences dommageables.

Le passage suivant est extrait du rapport : "Dans le monde entier, les problèmes des enfants handicapés sont, en partie, le résultat de siècles d'ignorance, de superstition et de crainte. Dans les pays en développement, ces problèmes s'accompagnent des inévitables limites que déterminent la pauvreté et le sous-développement. Pour améliorer la situation, il faudra du temps, changer les attitudes et les comportements humains, intégrer de nouveaux concepts dans les programmes de prestation de services à l'humanité et modifier les stratégies de développement".

Le rapport poursuit sur une note plus optimiste : "Un modeste enrichissement des programmes de formation destinés aux services de santé de base et de prévoyance sociale ainsi qu'aux services éducatifs et professionnels peut étendre leur couverture aux enfants handicapés. En fait, ce n'est qu'en exploitant mieux les ressources humaines existantes que l'on peut espérer apporter une aide efficace aux millions d'enfants atteints ou menacés d'infirmités".

Il est malheureux - mais nous devons reconnaître le fait et en prendre conscience - que seul un faible pourcentage des handicapés, surtout dans les pays en développement, a accès aux services de réadaptation dont ils ont besoin.

Comme le FISE, l'OMS reconnaît que les ressources disponibles ne seront peut-être jamais suffisantes. Les deux organisations sont attachées aux principes des soins de santé primaires et soutiennent activement à l'heure actuelle des programmes de mise au point de techniques d'autoadministration de soins et de manuels de formation destinés à la famille et à la collectivité.

Activité du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

L'OMS collabore activement depuis de nombreuses années avec les gouvernements à l'élaboration de programmes de réadaptation. En Jordanie, nous avons fourni des services consultatifs pour la réadaptation des enfants handicapés. En République arabe syrienne, deux membres du personnel à temps plein coopèrent actuellement au développement de la physiothérapie et des services d'orthèse.

En Arabie Saoudite, nous avons aussi deux membres du personnel à temps plein et sommes en train d'en recruter un troisième, un spécialiste médical de la réadaptation, pour le programme en cours dans le pays. Jusqu'ici, la coopération semble donner d'excellents résultats; on citera, à titre d'exemples, la réduction de la longueur du séjour à l'hôpital (quatre semaines pour les fractures du fémur) et la création à Riyad d'un service spécial de traitement des lésions médullaires.

Notre programme de collaboration avec le Centre régional de réadaptation en Iran a permis de former plus de 150 techniciens orthopédistes en l'espace de quelques années seulement.

Cependant, en raison d'une pénurie mondiale de spécialistes, nous éprouvons des difficultés à recruter les personnels les plus appropriés pour aider au développement des programmes nationaux. Cela nous oblige à concentrer nos efforts encore plus intensément sur la prévention des incapacités. Bon nombre de nos programmes visent déjà cet objectif.

En combattant la poliomyélite et la rougeole, le programme élargi de vaccination contribuera dans une large mesure à réduire les incapacités neuro-musculaires résultant

de la poliomylite et la surdité, les problèmes ophtalmiques et les pneumopathies chroniques qui suivent souvent la rougeole. Nos programmes de prévention de la cécité devraient avoir un effet énorme en Haute-Volta. Au Pakistan et au Soudan, nous aidons à l'élaboration d'un programme de fourniture de lunettes à bon marché, qui contribuera à prévenir la cécité et améliorera la capacité d'instruction de milliers de personnes. Nous espérons intensifier dans un proche avenir le programme de prévention des accidents de la route et prenons acte avec grand plaisir de l'initiative prise dans ce domaine par le Koweït et de son intention de convoquer une conférence-atelier sur ce sujet au début de 1981. Notre Division de la Médecine du Travail a également un programme de prévention des accidents industriels qui est bien accueilli.

On prévoit en outre d'accroître les activités tendant à assurer la réadaptation appropriée des handicapés psychosociaux. Une réunion régionale doit avoir lieu en 1981 et l'on espère que l'échange d'informations et de données d'expérience permettra de renforcer davantage les activités en cours dans ce domaine.

Conclusion

En raison des facteurs économiques en cause, nous serons contraints de souligner les principes d'autoassistance et de continuer à former les parents des enfants handicapés aux techniques thérapeutiques à domicile. Nous sommes disposés et prêts à intensifier notre programme de réadaptation et attendons avec intérêt les observations et délibérations des pays participants.