

Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 60 (1950-1951)
Heft: 6

Artikel: La reintegration sociale des infirmes : du lit d'hôpital à l'atelier de travail
Autor: Droin, Denys
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-558659>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

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

LA REINTEGRATION SOCIALE DES INFIRMES

Du lit d'hôpital à l'atelier de travail

Le problème de la réintégration professionnelle des malades et des infirmes est à l'ordre du jour. C'est un problème difficile parce qu'il touche à plusieurs domaines étrangers les uns aux autres.

L'art du médecin, le dévouement de l'assistante sociale, la sagesse de l'éducateur, la science du psychotechnicien, la bonne volonté de l'employeur, la prévoyance du législateur sont nécessaires et indispensables. Tout cela compte cependant pour peu en regard du facteur déterminant dans le marché du travail: la conjoncture économique. Car lorsqu'il n'y a pas assez de travail pour tous, ce sont les faibles, et les infirmes qui en pâtissent les premiers. C'est là un phénomène absolument naturel et contre lequel il est difficile de lutter.

La guerre, pourtant, a eu un effet inattendu. On avait besoin pour l'armée comme pour l'industrie de tout le potentiel humain disponible. On est allé chercher les faibles et les infirmes. Bien plus, on s'est efforcé de rendre aptes au travail ceux qui jusque-là avaient été considérés comme incapables de travailler et de servir. C'est ainsi qu'est née, sous l'empire de la nécessité, une technique nouvelle, appelée en anglais «rehabilitation», dont l'objet est de conduire le plus rapidement et le plus efficacement possible l'infirmes ou le malade de son lit d'hôpital à un établi de travailleur.

De la rééducation physique à la réhabilitation morale

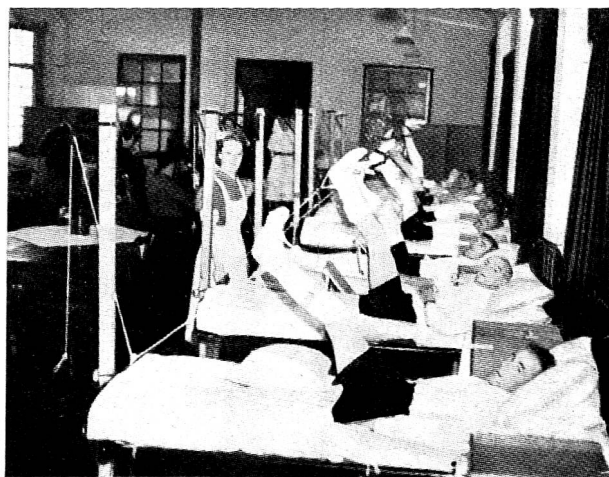
Cette découverte, faite sous le coup des circonstances, a permis de considérer sous un tout autre aspect que celui de la seule charité le problème de l'infirmes et de sa remise en valeur sur le plan social. C'est dans l'intérêt supérieur de la communauté que l'on a envisagé la réintégration professionnelle d'éléments jugés jusqu'alors comme autant de charges sociales. Or il s'est trouvé qu'en considérant en premier lieu l'intérêt de la communauté on parvenait du même coup à atteindre le bien maximum de l'invalides: libéré, par le travail, de la dépendance que lui imposait l'infirmité, il retrouvait sa dignité d'homme. Aux yeux de la société comme à ses propres yeux, ce hors-la-vie était désormais *réhabilité*, au plein sens français du terme. Obtenir un tel résultat, n'était-ce pas rejoindre la plus haute charité, celle qui s'ignore elle-même?

L'expérience a prouvé que la proportion des handicapés récupérables pour le travail était beaucoup plus forte qu'on ne le pensait auparavant. Elle a prouvé également qu'une rééducation de quelques mois ou de quelques années coûtait moins cher à la communauté que vingt, trente, voire cinquante années d'assistance.

Dès avant la fin de la guerre l'on se préoccupait de ne pas laisser se perdre les enseignements dûs aux expériences faites sous le coup d'événements exceptionnels. Et, par handicapés, l'on entendait non seulement les infirmes que l'on peut dire «spectaculaires»: infirmes par suite de la perte d'un membre, ou d'un sens, ou de leur usage, mais aussi les malades mentaux, les nerveux, les tuberculeux, les rhumatisants, les cardiaques et autres malades chroniques que leur mal avaient rendus incapables de fournir l'effort d'un homme valide, ainsi que ceux qui se trouvent passagèrement dans un état de déficience physique, mentale ou sociale leur interdisant de se présenter librement au marché du travail.

Comment l'Angleterre a résolu le problème

Il est particulièrement intéressant de noter l'importance accordée en Angleterre à la solution légale de ce problème. Se rendant compte que seule une conjoncture économique favorable permettait le placement normal de l'handicapé, le législateur britannique a promulgué en 1944 une loi faisant obligation à tout employeur d'engager un pourcentage déterminé d'handicapés.



Exercices d'extension de la jambe pour des opérés du genou.

Une telle obligation ne pouvait s'entendre sans une contre-partie de l'Etat rendant possible cet engagement et l'emploi d'handicapés. L'Etat s'est donc implicitement engagé à ne faire jouer cette obligation qu'en faveur d'handicapés capables de travailler ou rendus aptes au travail par un traitement médical et une rééducation professionnelle. Il s'obligeait, de son côté, à prendre à sa charge l'entretien des grands handicapés.

L'application de ce système a amené obligatoirement la formation de spécialistes susceptibles de le mettre en pratique. Deux d'entre eux, le «médecin rééducateur» (Medical Rehabilitation Officer) et le «préposé au reclassement professionnel et social de l'invalidé» (Disability Resettlement Officer), y jouent un rôle essentiel. Leur activité, qui se complète, constitue la clef de voûte de tout le système.

Considérer l'infirme «comme un bien portant qui s'ignore»

La première tâche du jeune médecin qui décide de se consacrer à cette nouvelle spécialisation est de s'accoutumer à considérer chez son «patient» non plus l'affection dont il souffre, mais ce qui demeure de sain et de normal en lui: le même manchot sera pour un médecin ordinaire un individu privé du bras droit et, pour le médecin rééducateur, un individu disposant du bras gauche. Paraphrasant la boutade de D^r Knock le médecin rééducateur doit apprendre à penser et à dire: «Tout infirme est un bien portant qui s'ignore.»

Parallèlement, la tâche du préposé au reclassement des handicapés, non seulement assistant social mais également fonctionnaire attaché au Bureau officiel de placement, est de ne pas considérer le pourcentage d'incapacité de travail dont est atteint l'homme qui se présente devant lui, mais son pourcentage de capacité.

Le travail de ces deux spécialistes doit être mené en étroite collaboration. Leur intervention doit, de plus, commencer le plus tôt possible, dès l'entrée à l'hôpital, par exemple. Elle doit se poursuivre pendant tout le traitement médical

proprement dit et ne cesser que lorsque l'intéressé aura été définitivement placé, selon son cas, soit dans un emploi normal, soit dans un emploi «protégé», soit dans un établissement spécial. A l'hôpital déjà il faut envisager l'objectif à atteindre, à l'établi il faut tenir compte encore de certaines considérations d'ordre médical.

La rééducation fonctionnelle, première étape de la rééducation sociale

Prenons le cas d'un blessé ou d'un malade entrant à l'hôpital. Sitôt le premier danger écarté et le traitement, médical ou chirurgical, établi, le médecin rééducateur entre parallèlement en action et s'efforce de lutter contre l'engourdissement des organes et des fonctions que la lésion n'a pas touchés. La rééducation fonctionnelle, première étape de la rééducation sociale du patient, commence alors même qu'un membre ou une partie du corps sont encore immobilisés.

Par ces mots de rééducation fonctionnelle on n'entend pas seulement la récupération des fonctions musculaires et organiques, mais aussi celle des fonctions intellectuelles et psychiques, le réentraînement de la «volonté». Pour atteindre ces buts, le médecin rééducateur dispose de plusieurs services distincts: physiothérapie, thérapie par le travail, assistance sociale d'hôpital.

L'activité du malade aide à sa guérison

Attachons-nous au service de thérapie par le travail qui, bien que cette branche de la thérapeutique ait été inventée il y a presque un demi-siècle par un médecin suisse, le professeur Rollier, est mal connue chez nous et donne lieu encore à bien des malentendus jusque chez de ceux qui croient la pratiquer. On ne saurait mieux marquer l'importance de son emploi que par la définition de M^{lle} Hummel: «Le travail, source de joie, est moralement indispensable dès qu'il est médicalement possible.»

Toutefois, l'appréciation de l'effort exigible et de la nature de l'occupation convenant à tel cas, à telle étape du traitement, demande des connaissances et une expérience approfondies. En Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, les spécialistes qui s'y vouent, les «Occupational Therapists», reçoivent une formation qui exige trois ans d'études théoriques et pratiques.

Cette thérapie par le travail, dite aussi «ergothérapie» ou, en allemand, «Beschäftigungstherapie», vise à trois fins distinctes:

- réveiller la volonté du malade, assoupie par l'inaction, et le libérer de préoccupations excessives;
- faire mouvoir dans un but thérapeutique et avec



Luton and Dunstable Hospital, Luton. — Exercices de physiothérapie dans l'atelier de gymnastique de l'hôpital.

l'attrait d'une activité productive, les muscles atrophiés et les articulations ankylosées;
— redonner au malade le goût du travail et le réentraîner à l'effort.

Commencée déjà au lit du malade, poursuivie dès que cela est possible dans un atelier annexé à l'hôpital, elle doit se limiter à être un moyen et ne pas chercher à devenir un but. C'est en effet un stade thérapeutique, éducatif, et non professionnel. Ajoutons qu'elle a une grande importance dans les hôpitaux d'enfants. Le rôle de la monitrice de thérapie, qui fait le pont entre le personnel soignant et le personnel enseignant est, ici, essentiel.

Dans cette étape professionnelle de la réadaptation d'handicapé, l'action du médecin, celle du rééducateur, celle de l'assistante sociale, celle du technicien et celle du préposé au reclassement sont interdépendantes et étroitement liées l'une à l'autre. La simultanéité de ces différentes opérations et l'étroite collaboration de ces divers spécialistes ont une importance considérable.

Jadis, en effet, le malade bénéficiait durant la période strictement médicale de son traitement de soins allant diminuant au fur et à mesure du progrès de son état pour reprendre ensuite progressivement son travail profession-



Luton and Dunstable Hospital, Luton. — L'atelier de thérapie par le travail.

Mais la notion de «travail léger», pseudo-artistique, dont le produit est écoulé auprès du public par pression charitable ne correspond plus à la notion moderne. Cette méthode a d'ailleurs l'inconvénient de renforcer dans l'esprit du public les préjugés qui rendent si délicat le placement des handicapés.

La réadaptation professionnelle, deuxième étape

A la sortie de l'hôpital, ou bien le malade peut reprendre à 100 % son activité antérieure, ou bien il conserve une invalidité temporaire ou définitive qui requiert l'attention du spécialiste du reclassement professionnel. Celui-ci jugera soit que l'incapacité est légère, il ne s'agira dans ce cas que d'une question de placement; soit que celle-ci est grave, il importera de diriger l'handicapé vers un centre d'orientation; soit enfin que le cas exclut toute possibilité de réadaptation professionnelle, c'est, à ce moment, un problème d'assistance.

nel sans aide ni soutien. Or le moment singulièrement délicat pour le patient est précisément celui où il doit essayer de se remettre au travail après une longue maladie. Le médecin de naguère rendait la santé à son malade sans lui donner la manière de s'en servir. Aujourd'hui cet handicapé, bénéficiant des soins du médecin rééducateur et des services du préposé au reclassement, est soutenu et encadré pendant tout le temps de la réadaptation professionnelle qui doit suivre et achever sa rééducation fonctionnelle. Ces opérations s'interpénètrent et se complètent, l'une allant diminuant dans la mesure où l'autre prend de l'importance.

Vers la réhabilitation plénière de l'handicapé: la réintégration sociale

C'est là le problème de la «réhabilitation», qui a pour but de ne pas laisser à lui-même le malade, que l'on protégeait et retenait d'agir, au moment où il doit reconquérir le sentiment



Maison de récupération de Farnham Park, — entraînement dans le parc.

de sa responsabilité personnelle et au moment crucial, surtout, où le malade qui ne s'ignore pas va redevenir le bien-portant qui se cherche.

Dès ce moment il ne faut plus définir l'infirme par son incapacité, mais par sa capacité. Dès ce moment les institutions et les personnes se consacrant aux soins et à l'assistance aux handicapés doivent peu à peu être relevées par les institutions et les personnes se consacrant à la formation et au placement des travailleurs,

en fonction du degré de capacité qui demeure celui de l'handicapé.

C'est au préposé au reclassement qu'il appartient de définir exactement la catégorie où situer tel handicapé et de trouver pour son placement la solution la plus favorable: emploi ordinaire, emploi «protégé» à l'extérieur ou à domicile, ou occupation sans gain à domicile ou dans un établissement offrant à ses pensionnaires des conditions d'existence compatibles avec la dignité humaine.

Un problème social, un problème national, un problème croix-rouge

En Suisse, épargnés par la guerre, nous étudions encore trop souvent ce problème en fonction de l'infirme et non pas en fonction du travailleur. Toutefois un mouvement toujours plus accentué se manifeste pour apporter à ce problème une solution positive. Des projets de lois sont à l'étude, notamment à Genève. Des motions ont été présentées aux Chambres fédérales.

En outre, sous les auspices de *Pro Infirmis*, une commission groupant les représentants des institutions spécialisées étudie depuis quelques mois la constitution d'une organisation commune. Il n'est pas sans intérêt de relever que parmi les promoteurs de cette initiative se trouve le médecin en chef de l'armée.

En 1946, à Oxford, la Ligue des Sociétés de Croix-Rouge recommandait aux Sociétés nationales d'inscrire à leurs programmes la réadaptation des invalides et des tuberculeux. Cette réintégration des handicapés dans la vie professionnelle est en effet un problème d'hygiène et de paix sociale qui ne peut laisser indifférente la Croix-Rouge.

LA CROIX-ROUGE DANS LE MONDE

Catastrophes en Amérique du Sud

La République du Salvador vient d'être éprouvée par une terrible catastrophe. Le dimanche 6 mai les villes de Jucuapa et de Chinameca ont été détruites par un tremblement de terre qui a étendu ses ravages dans toute la région orientale et centrale de l'Etat, de nouveaux séismes ont eu lieu les jours suivants. Ce désastre, le plus grave enregistré par les annales salvadoriennes a fait plus d'un millier de morts.

La Croix-Rouge salvadorienne s'est portée au secours des sinistrés. La Ligue des Sociétés de Croix-Rouge a offert son assistance et demandé aux Sociétés américaines des premiers secours d'urgence.

*

Les Etats de l'extrémité septentrionale de l'Amérique du Sud avaient déjà été durement éprouvés en 1950: inondations dévastatrices en Guyane britannique

à fin janvier, tremblement de terre détruisant au 80 % la ville de Cuzco au Pérou le 21 mai, série de tremblements de terre dans les Andes colombiennes le 9 juillet, à El Tocuyo au Venezuela le 3 août et dans l'Equateur le 5, faisant des centaines de victimes et causant des millions de dégâts.

L'aide aux sinistrés coréens

En 1950 les sociétés nationales de la Croix-Rouge ont apporté, grâce à la collaboration des sociétés de 24 pays, un secours évalué à un million de dollars. C'est à la Croix-Rouge coréenne qu'a été confiée la tâche gigantesque d'assister les centaines de milliers de réfugiés de la Corée du Sud avec l'appui des Nations unies qui lui remettent chaque mois des secours médicaux pour deux cent cinquante mille sinistrés. Dix-sept équipes médicales de cinq hommes et une équipe hospitalière participent à ce lourd travail.