Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 26 (1990)

Heft: 8

Artikel: Réhabilitation physique : au niveau des structures nationales et au niveau de la communauté dans les pays en voie de développement et les pays industrialisés

Autor: Fasseaux, Pierre

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930184

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: 13.07.2025

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

Réhabilitation physique

au niveau des structures nationales et au niveau de la communauté dans les pays en voie de développement et les pays industrialisés.

Texte original par Pierre Fasseaux

Objectifs de la réhabilitation physique

Le premier objectif de la réhabilitation est de répondre à l'aide que la personne sollicite auprès du thérapeute, généralement un physiothérapeute dans les pays industrialisés.
Ce premier souci est primordial, et le succès du traitement dépend pour une bonne part de la relation privilégiée entre le patient et le physiothérapeute, relation d'autant plus facilitée qu'à la fois le thérapeute et le patient cohabitent dans le même milieu géographique.
Le deuxième objectif de la réhabilitation est de favoriser pour le patient, l'handicapé, la réintégration dans une vie familiale, sociale, professionnelle aussi normale qu'avant.
Dans les pays en voie de développement (P.V.D.), les assurances médicales ou les mutuelles n'existent pas pour la grande majorité des habitants.
Seuls quelques riches privilégiés peuvent avoir accès à ce genre d'assurances et bénéficier de traitements médicaux parfois onéreux.
En théorie, dans les P.V.D., le Ministère de la santé publique devrait dispenser des prestations de santé sans frais.
En pratique, les patients amènent généralement pour leurs soins les produits finis ou semi-finis nécessaires à leur traitement, tels bandages, compresses, pansements, etc. Pour les traitements orthopédiques, par exemple, un patient qui nécessite une intervention chirurgicale amènera les compresses, désinfectant, fils chirurgicaux, pansements. Si un plâtre postopératoire est nécessaire, le patient se pourvoira aussi en bandes plâtrées, coton cardé, etc.
Ces produits sont souvent disponibles dans les pharmacies privées de la région, mais à des prix souvent pas abordables pour les patients issus de milieux ruraux, paysans.

Niveau national et régional

De plus, dans les pays industrialisés (ce mode de gestion a ensuite été installé dans les P.V.D.), les centres pour traitements ont un mode de gestion centralisée, sont établis dans des structures hospitalières au *niveau national et régional,* c'est-à-dire dans les grands centres urbains.
Ces structures offrent tous les soins dont peut bénéficier le patient, sont équipées de matériel sophistiqué, ont du personnel spécialisé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, techniciens orthopédistes, médecins spécialistes, assistantes sociales), sont lourdes et complexes, et donc coûtent très cher.
Le patient est fiché, numéroté, amené à droite, à gauche, consulté.
Que reste-t-il de la relation patient-thérapeute?
Le paradoxe est donc celui de la concentration des structures de soins de santé dans les villes par rapport à la concentration de la population qui réside dans les zones rurales. La concentration de ces moyens et ressources en personnel spécialisé dans les centres urbains provoquent une saturation des structures d'accueil, hospitalisation et listes d'attente.

Santé pour des privilégiés ou santé pour les communautés?

Dans les P.V.D., les patients issus de milieux ruraux ne bénéficiant pas d'assurances médicales, et il représentent la majorité, n'ont pas d'accès à ces structures, ou alors en s'endettant.
En matière de réhabilitation physique, ces patients n'ont pas d'accès aux soins assurés par un «physiothérapeute» et autres intervenants spécialisés.
Ces derniers seraient d'ailleurs bien incapables de comprendre le rôle du patient au sein de la famille, donc d'aider à la réalisation de la meilleure réintégration du patient dans sa communauté, son environnement social et professionnel.

Quelle alternative?

Une pénurie importante de spécialistes frappe les pays en développement. C'est le cas notamment en matière de réhabilitation.
Les écoles de formation sont rares.
En matière de réhabilitation, si dans les pays européens les candidats se bousculent au portillon, dans les P.V.D., la physiothérapie est peu développée et considérée comme un luxe évident.
L'essentiel d'une formation de «physiothérapeute» dans les P.V.D., en fonction du besoin, pourrait se résumer à un an de formation, et en priorité dans le secteur de la traumatologie, l'orthopédie et les affections respiratoires pour les enfants.
Le besoin est faible en matière de rhumatologie, par contre les problèmes neurologiques sont relativement fréquents (infirmité motrice cérébrale, en particulier à l'enfance), les structures d'accueil inexistantes, lesquelles en terme de coût financier et de spécialisation n'auraient d'ailleurs pas leur place dans beaucoup de pays.

Niveau communautaire

Dans les P.V.D., les programmes de soins de santé primaire (SSP), ont commencé à confier aux mères des tâches qui relevaient auparavant des seuls médecins et infirmières. Par exemple, il y a moins de 15 ans, bien des personnels médicaux estimaient que les enfants diarrhéiques devaient subir des épreuves de laboratoire et recevoir des liquides intraveineux. Mais quelques-uns ont commencé à réaliser qu'une diarrhée pouvait être soignée sans danger à domicile à condition de montrer à la mère comment éviter une déshydratation.
De même, certains personnels de réhabilitation physique ont compris qu'il est possible d'enseigner aux membres de la famille une bonne partie de ce qu'il faut savoir pour s'occuper des personnes souffrant d'une incapacité qui péjore leur fonction, en l'occurrence un handicap.
Les soins de santé primaire mettent l'accent sur l'éducation pour faire comprendre aux communautés les causes de la mauvaise santé et leur permettre d'élaborer leurs programmes *de promotion de la santé.*

Le rôle majeur de la sensibilisation et de l'information. Le suivi

Une longue expérience du «terrain» le prouve.
L'information du patient, et la sensibilisa-

Die Administration in Ihrer Physiotherapie-Praxis beansprucht sehr viel Zeit. Zeit, die Sie für die Behandlung von Patienten bitter nötig hätten. Einverstanden? ■ Therapie 2000 erlaubt Ihnen, Ihre Administration stark zu rationalisieren. Die Erfahrungen der zufriedenen Kunden zeigen, dass dadurch bis zu 3 Patienten pro Tag mehr behandelt werden können. ■ Therapie 2000 wurde dem Schweizer Physiotherapeuten «auf den Leib programmiert». Hohe Benutzerfreundlichkeit und Betriebssicherheit sind die Folge. ■ Sind Sie interessiert? Gerne informieren wir Sie eingehend über Therapie 2000. Oder demonstrieren Ihnen das Paket. Ganz wie Sie wünschen. Rufen Sie uns einfach an.

Therapie 2000 – und Ihre Administration ist «im Griff».

EINLADUNG ZUR DEMONSTRATION

Wir führen jeweils Mittwochs, 19.00 Uhr, am 29.8.1990 in Basel und am 19.9.1990 in Bern eine Demonstration von Therapie 2000 durch. Nutzen Sie die Gelegenheit, unsere Software unverbindlich kennenzulernen.

Die Details werden Ihnen mit der Bestätigung bekanntgegeben. Wir freuen uns, Sie begrüssen zu dürfen.

Ich nehme am _____ in _____ an Ihrer Demo teil.

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr. _____

THERINFAG

Information Kommunikation
Oberstadt 11, 6204 Sempach-Stadt
Tel. 041 99 33 88, Fax 041 99 33 81

tion des membres de la famille, des parents du patient ou du handicapé, surtout si ce dernier est un enfant, sont déterminants pour la suite et donc le suivi.
Il ne sert à rien de négliger certains obstacles culturels, tels les tabous ou croyances en tant qu'origine macrocosmique, par exemple de maladies ou de handicaps. Ils doivent être respectés, et le seront d'autant plus que les agents de santé communautaire sont proches de ces croyances.
(En matière de croyances et pratiques traditionnelles, il faut absolument exclure comme respectables les pratiques dangereuses des mutilations sexuelles chez les filles, lesquelles doivent être abolies.)
Il est de plus important d'expliquer que l'aide apportée n'est pas une panacée universelle.
Trop de parents d'enfants atteints de séquelles de la poliomyélite ont cru en la médecine «des blancs» comme la bénédiction et le miracle réparateur, et pensé qu'après intervention chirurgicale et appareillage, l'enfant courrait comme avant. Après une ou deux années, si l'information des résultats possibles du traitement n'a pas eu lieu, la déception et la perte de confiance amènent souvent l'échec.
Le suivi en dépend. De même, si des services de soins sont à disposition, il ne faut pas «obliger» les patients à les accepter. Leur propre décision de se faire soigner est déjà un gage de bon suivi et de réussite.
Il est reconnu dans les soins de santé primaire qu'il faut disposer d'un conseiller pour la santé de la communauté, chargé d'informer la communauté et d'assurer la liaison entre la communauté et les autres niveaux de services de soins de santé. De même pour la réhabilitation physique, un conseiller est nécessaire au niveau communautaire, *l'agent de santé communautaire.*
Il encadre les membres de la famille qui entreprennent d'aider par exemple le handicapé, facilite l'éducation de celui-ci.

Niveau du district

Outre le niveau national et celui de la communauté, un troisième au niveau du district permet d'assurer la liaison obligée, la transition entre le niveau national et le communautaire.
Vu la pénurie de physiothérapeutes, et ceux-ci restant généralement dans les centres urbains, il n'est pas vraisemblable de prévoir des services dispensant des soins spécialisés au niveau du district.
Le rôle majeur de l'agent de réhabilitation au niveau du district sera de former et d'encadrer les agents de réhabilitation communautaire.
Les attributions de l'agent de santé à ce niveau dépendront du type de formation dont il aura bénéficié par les spécialistes au niveau national.

Répartition des services de la réhabilitation

Trois niveaux sont donc considérés. La proportion des personnes nécessitant les soins peut être répartie ainsi:
– Niveau national, régional: 10%
– Niveau du district: 20%
– Niveau communautaire: 70%
(Réf.: Rhb/Oms.)
Selon le niveau, trois modes de services sont donc mis à disposition.

Soins traditionnels dans les P.V.D.

Heureusement, on trouve encore dans les P.V.D. des personnes non encore atteintes et marquées par le système de santé des pays industrialisés.
Le terme «en voie de développement» a malheureusement une connotation économique, et en matière de médecine quelques pays en Asie ont certainement plusieurs siècles d'avance par rapport aux pays industrialisés sur la conception de la santé de l'Homme.
Au Tibet par exemple, la formation d'un médecin, généralement réservée au moine, inclut d'abord dans son programme l'astrologie et le bouddhisme en plus des matières médicales proprement dites.
L'Homme est étudié de façon globale comme un ensemble, placé dans l'Univers, et non pas comme une séparation de systèmes (vasculaire, neurologique, locomoteur). La médecine par les plantes est primordiale.
Les seuls moyens diagnostiques qu'ils ont à leur disposition est leur bon sens, l'interrogatoire, la recherche du pouls, des énergies, l'examen des urines du petit matin. (Réf.: Médecine tibétaine – Dr Ch. Massin.)
En outre, plusieurs «thérapeutes» ont gardé un sens inné des soins. Par exemple, les sages-femmes traditionnelles qui utilisent les méthodes de l'accouchement traditionnel, les guérisseurs qui utilisent les séculaires plantes médicinales locales, ou qui utilisent des thérapies traditionnelles manuelles (modelage du crâne à la naissance, par exemple). Ces guérisseurs ou guérisseuses sont des «thérapeutes» proches de la communauté, qui vivent parmi la communauté et n'ont pas comme préoccupation principale l'appât du gain.
Ils représentent donc des interlocuteurs de premier ordre en matière de réhabilitation physique au niveau de la communauté.

Mais avant tout, il faut penser prévention

La sage-femme traditionnelle est la plus proche de la mère, donc de l'enfant, dès la naissance et par la suite.
Elle peut déceler dès la naissance les éventuelles anomalies (courbe poids/taille, malnutrition, déformations congénitales, etc.), éduquer les mères aux soins d'hygiène (soins du nourrisson, eau potable, sevrage correct, alimentation équilibrée) et à l'hygiène de l'environnement (habitat, latrines).
Elle peut référer aux autres agents de santé concernés qui travaillent avec elle dans la communauté.
Dans les P.V.D., les mécanismes de défense des enfants peuvent être affaiblis dès la naissance par une insuffisance pondérale souvent due à un sevrage brutal et assaillis par une série de facteurs d'agression, dont la coqueluche, la rougeole et le paludisme. L'application des méthodes de protection de la santé (hygiène, équilibre alimentaire), bien qu'indispensable comme apport de base, sera tâche très ardue et à très long terme. Une méthode à court terme sera la couverture vaccinale.
Aujourd'hui, dans le monde en développement, six enfants meurent et six autres sont frappés d'invalidité, chaque minute qui passe, parce qu'ils n'ont pas eu la protection de santé nécessaire.
Une maladie comme la poliomyélite, qui a été virtuellement éliminée de la majeure partie du monde industrialisé, continue à prélever un horrible tribut dans les P.V.D., tout comme le paludisme.
La poliomyélite est une maladie extrêmement invalidante et ses conséquences sont intolérables pour l'enfant, mais aussi pour ses parents.
Il faut donc considérer que dans les programmes orthopédiques où le nombre de nouveaux cas est le plus important (Guinée, Egypte, Sénégal), les méthodes de prévention au niveau de la communauté doivent être développées, parallèlement à la dispensation des soins.

Les tâches du physiothérapeute dans les P.V.D.

En gardant à l'esprit ce qui a été développé précédemment, les personnes ayant reçu une formation de physiothérapeute travaillent dans des centres hospitaliers, généralement dans les grands centres urbains.

Les moyens techniques sont souvent rudimentaires.
La relation de travail entre le physiothérapeute et le médecin est sans hiérarchie, chacun compétent dans son domaine, et c'est un caractère général coutumier témoin d'une civilisation dans les esprits, pas seulement en matière de santé.
En plus de la consultation commune hebdomadaire avec un médecin, la traumatologie et l'orthopédie représentent l'essentiel de ses tâches, soit:
– la pose de plâtres dans le service de rééducation ou en salle opératoire, et leur renouvellement;
– la rééducation manuelle des membres supérieurs (accidents) et inférieurs;
– l'électrothérapie (coûteuse et méthode remise en question à juste titre, par exemple en rhumatologie);
– le traitement des affections respiratoires chez l'enfant.
Enfin, pratiquement, sans moyen technique sophistiqué, *le physiothérapeute n'a que ses mains pour soigner, et c'est finalement l'essentiel.*

Clôture de rédaction pour le prochain numéro 9/90: 16 août 1990

Les affections généralement rencontrées

La poliomyélite (monoplégie, diplégie, scoliose, luxation paralytique de hanche, flexum de genou et de hanche, équinovarus ou valgus du pied), le pied bot congénital, l'infirme moteur cérébral (diplégie ou quadriplégie), la luxation congénitale de hanche, le pied talus et le *genu recurvatum* congénital, la maladie de Lobstein, le rachitisme, la myopathie, les affections respiratoires diverses.

Communauté et santé – généralités

«Le terme de «Santé communautaire» concerne toutes les activités qui ont trait au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des populations. Equivalent français de «Community Health», il recouvre un concept déjà fortement structuré dans les pays anglo-saxons.»
«La distinction va cependant plus loin, car la démarche de la Santé communautaire implique une dynamique des rapports entre les communautés humaines et leur santé.»
«L'analyse des données disponibles concernant la santé dans différents pays européens, depuis le milieu du XIXe siècle, montre que la plupart des progrès observés durant ce siècle sont plus le fait de l'amélioration des conditions de vie (donc d'une certaine forme de développement économique) que de l'intervention médicale à proprement parler.»
«Ainsi en est-il de la mortalité infantile, qui s'est véritablement effondrée à partir de la fin du siècle dernier, bien avant l'avènement des moyens médicaux propres.» (Réf.: «La notion de santé communautaire.»)
Ce terme de santé communautaire n'est pas neuf, en effet, et implique, que ce soit pour les pays industrialisés ou en voie de développement, un mode de gestion décentralisée, moins chère, au sein des communautés et recueillant leur participation.
Une bonne manière de prendre sa santé en charge.

Pierre Fasseaux
– Coordinateur des programmes orthopédiques, Terre des hommes, Lausanne.
– Physiothérapeute.
– Spécialiste en Bobath (traitement de l'enfant IMC).

Réf.: Rhb/Oms – Cours de santé communautaire, Université Genève – Projet d'association «Santé communautaire et coopération». ●

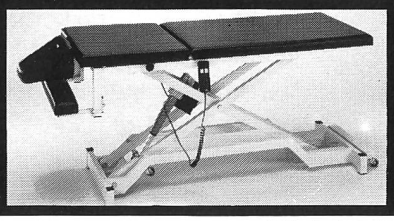
Die neue Liegen-Generation!

Universelle Behandlungsliegen mit ergonomischem Konzept

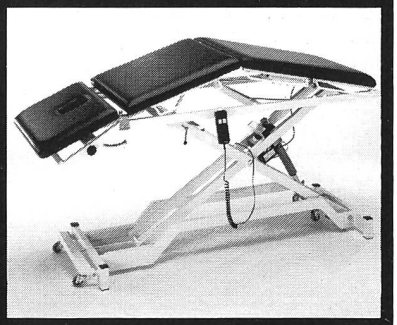
– typisch HWK –

für höchste Ansprüche mit extremer elektrischer Höhenverstellung von 35-90 cm (mit Stativ unterfahrbar).

Kopfteil positiv negativ 30° verstellbar



Schwenkbares Kopfteil mit Nasenschlitz +5° –30° und stufenlos verstellbarer Armauflage



Mit stufenloser Dachautomatik

Obige Liegen ab **Fr. 2455.–**

celsius

Celsius AG · Solothurnerstr. 91 · CH-4008 Basel, Schweiz
Telefon 061/35 16 15 · Telefax 061/35 06 33

Coupon

Bitte senden Sie mir/uns Unterlagen.
Absender (Für gut lesbare Schrift sind wir dankbar):

Physio

Einsenden an Celsius AG, Postfach, 4008 Basel