

*Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

N° 58

**COMITÉ MIXTE D'EXPERTS  
DE L'ENFANCE PHYSIQUEMENT  
DIMINUÉE**

(réuni par l'OMS avec la participation des Nations Unies,  
de l'OIT et de l'UNESCO)

**Premier rapport**

	Pages
1. Introduction . . . . .	4
2. Etudes et recherches . . . . .	6
3. Prévention . . . . .	7
4. Soins médicaux . . . . .	9
5. Adaptation affective de l'enfant . . . . .	13
6. Education . . . . .	14
7. Orientation et formation professionnelles . . . . .	17
8. Placement et emploi . . . . .	19
9. Assistance sociale . . . . .	20
10. Organisation des services destinés aux enfants physiquement diminués . . . . .	22
11. Conclusion . . . . .	28

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
PALAIS DES NATIONS  
GENÈVE

DÉCEMBRE 1952

**COMITÉ MIXTE D'EXPERTS**  
**DE L'ENFANCE PHYSIQUEMENT DIMINUÉE**  
**(réuni par l'OMS avec la participation des Nations Unies, de l'OIT et de l'UNESCO)**

**Première session**

*Genève, 3-8 décembre 1951*

*Membres :*

**OMS**

- D<sup>r</sup> E. Davens, Chief, Bureau of Preventive Medicine, State Department of Health, Baltimore, Md., Etats-Unis d'Amérique (*Rapporteur*)
- D<sup>r</sup> G. G. Deaver, Professor of Physical Medicine and Rehabilitation, New York University College of Medicine, New-York, N.Y., Etats-Unis d'Amérique
- D<sup>r</sup> A. Grossiord, Médecin des Hôpitaux de Paris ; Chef du Centre de Traitement des Séquelles de Poliomyélite, Hôpital Raymond Poincaré, Garches, France
- D<sup>r</sup> G. Herlitz, Directeur du Département de Pédiatrie, Hôpital central, Linköping, Suède
- Sir Harry Platt, Emeritus Professor of Orthopaedic Surgery, Manchester University, Manchester, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (*Président*)

**Nations Unies**

- M<sup>lle</sup> J. Akkerhuys, Assistante sociale en psychiatrie, Centre de Guidance infantile, Amsterdam, Pays-Bas
- Miss B. Hall, Medical Social Consultant, US Children's Bureau, Federal Security Agency, New-York, N.Y., Etats-Unis d'Amérique
- M. H. Radl, Directeur d'Ecoles spéciales, Vienne, Autriche (*Vice-Président*)

**OIT**

- M<sup>lle</sup> E. M. Meyer, Secrétaire générale de l'Association suisse « Pro Infirmis », Zurich, Suisse
- M. H. Vandries, Chef de Division au Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, Service des Estropiés et Mutilés, Bruxelles, Belgique (*Rapporteur*)

**UNESCO**

- Frère Beniamino G. Bonetto, Comité de Liaison entre la Société internationale pour la Protection des Invalides et l'Union internationale de Protection de l'Enfance, Istituto Gonzaga, Milan, Italie
- Miss M. M. Lindsay, H. M. Inspector, Special Services Branch, Ministry of Education, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

*Secrétariat :*

- D<sup>r</sup> L. Verhoestraete, Chef de la Section de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance, OMS (*Secrétaire*)
- Miss M. Fairchild, Chef de la Division du Travail des Femmes et des Enfants, BIT
- M. M. Milhaud, Chef de la Division des Activités sociales, Administration de l'Assistance technique, Organisation des Nations Unies
- Mr. W. D. Wall, Département de l'Education, UNESCO

Le rapport sur la première session de ce comité a paru primitivement sous forme de document polycopié (WHO/MCH/37), en date du 7 avril 1952.

## COMITÉ MIXTE D'EXPERTS DE L'ENFANCE PHYSIQUEMENT DIMINUÉE

(réuni par l'OMS avec la participation des Nations Unies,  
de l'OIT et de l'UNESCO)

### Premier rapport <sup>1</sup>

En adoptant le programme de l'Organisation pour 1951 relatif à l'amélioration générale de la santé, la Troisième Assemblée Mondiale de la Santé a reconnu l'importance du problème de l'enfance physiquement diminuée. Ce programme prévoyait la réunion d'un groupe d'experts chargé d'étudier les problèmes concernant les enfants infirmes.<sup>2</sup> Les Nations Unies ayant constitué en 1950 un groupe de travail technique spécial de la réadaptation des personnes physiquement diminuées, on a proposé, lors de la deuxième session de cet organisme en avril 1951, de convoquer, pour examiner la question de l'enfance physiquement diminuée, une réunion commune d'experts à laquelle les Nations Unies, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) participeraient avec l'OMS.<sup>3</sup> Cette proposition a été approuvée et le Comité mixte d'experts de l'Enfance physiquement diminuée a tenu sa première session à Genève du 3 au 8 décembre 1951.

<sup>1</sup> Au cours de sa dixième session, le Conseil Exécutif a adopté la résolution suivante :  
Le Conseil Exécutif

1. PREND ACTE du premier rapport du Comité mixte d'experts de l'Enfance physiquement diminuée ;
2. REMERCIE les membres du comité du travail qu'ils ont accompli ;
3. REMERCIE les Nations Unies, l'OIT et l'UNESCO de leur précieuse collaboration ;
4. RECOMMANDE au comité mixte d'étendre à l'avenir le champ de ses études aux problèmes des pays insuffisamment développés et à ceux des enfants atteints de certaines catégories d'infirmités ; et
5. AUTORISE la publication et la distribution du rapport. (Résolution EB10.R12, Actes off. Org. mond. Santé, 43, 4)

<sup>2</sup> Actes off. Org. mond. Santé, 23, 145 ; 28, 40 (Résolution WHA3.68)

<sup>3</sup> Nations Unies (1951) *Groupe de travail technique spécial de la Réadaptation des Personnes physiquement diminuées. Deuxième session, 16-19 avril 1951. Rapport*, p. 7 (Document ST/SOA/CONF.2/REP.1)

La session a été ouverte par le D<sup>r</sup> Brock Chisholm, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le comité a élu à l'unanimité Sir Harry Platt, Président, M. Hans Radl, Vice-Président et le D<sup>r</sup> Edward Davens et M. H. Vandries, Rapporteurs. L'ordre du jour présenté a été approuvé et adopté.

### 1. Introduction

Tout enfant a le droit de bénéficier, avant, pendant et après sa naissance, d'une protection aussi complète que possible contre les infirmités susceptibles d'être prévenues.

De même, tout enfant a le droit, quelle que soit la nature de son infirmité et en dépit de celle-ci, de pouvoir développer au maximum ses capacités. Il s'ensuit qu'il faut assurer à l'enfant physiquement diminué les meilleurs services possibles dans les domaines suivants : diagnostic et traitement médical et paramédical, soins infirmiers, protection sociale, éducation, orientation et formation professionnelles, et obtention d'un emploi. Ainsi l'enfant pourra répondre au mieux à ses aspirations et devenir, aussi complètement que le permet son état, un membre utile et indépendant de la collectivité.

En examinant les méthodes à suivre en conséquence, le comité a considéré que dès sa naissance l'enfant constitue un être individualisé, qui est appelé à croître et à se développer physiquement, intellectuellement, affectivement, socialement et spirituellement. Ces divers aspects de son développement ne doivent pas être envisagés séparément, car ils s'associent — d'une façon qui est particulière à chaque enfant — pour former ce que l'on peut appeler « l'enfant complet ».

Lorsqu'on aborde le problème de la réadaptation des enfants physiquement diminués, on est, d'emblée, frappé de la diversité de plus en plus grande des spécialités qui entrent en jeu, ainsi que de la dispersion des services indispensables, qui se répartissent entre un grand nombre d'institutions différentes, souvent séparées par de grandes distances. Le problème fondamental est de permettre à l'enfant de bénéficier de ces concours professionnels et de ces services sans nuire à l'équilibre de sa croissance et de son développement normal.

Exception faite d'une faible proportion d'enfants dont l'infirmité est associée à une lésion du système nerveux central et qui peuvent souffrir d'un certain degré d'insuffisance intellectuelle ou d'une hyperémotivité accusée, on retrouve, dans l'ensemble, chez les enfants physiquement diminués, toute la gamme des différences individuelles qui caractérisent les autres enfants du même âge. Cependant, le comité se rend pleinement compte que les enfants physiquement diminués qui n'ont pas reçu les soins

appropriés à leur état sont susceptibles de souffrir, en plus de leur infirmité, de troubles intellectuels ou affectifs. C'est là un problème particulier qu'il importe de ne pas oublier dans l'institution de services destinés à cette catégorie d'enfants. C'est aussi une raison supplémentaire de prendre des mesures préventives et d'organiser le dépistage et le traitement précoces des cas individuels. Les troubles affectifs que l'on constate chez ces enfants sont souvent provoqués ou exagérés par le comportement peu avisé des personnes de leur entourage ; il y a lieu de signaler, à ce propos, que la réaction des parents à l'égard de l'infirmité de l'enfant peut, du point de vue de la réadaptation de celui-ci, présenter une extrême importance. De nos jours encore, de nombreuses collectivités adoptent envers les jeunes infirmes une attitude de commisération excessive ou d'indifférence générale et parfois même d'hostilité. L'adaptation de l'enfant en est fréquemment rendue plus difficile.

Le comité n'a pas cherché à établir de définition formelle de l'expression « enfant physiquement diminué » ; cependant, pour les besoins de la présente étude, on considérera comme rentrant dans cette catégorie tout enfant qui, pendant un laps de temps appréciable, se trouve dans l'impossibilité, par suite de son état physique, de participer pleinement aux activités de son âge dans le domaine social, récréatif, éducatif ou dans celui de l'orientation professionnelle.

L'étude à laquelle le comité a été chargé de procéder porte sur les enfants atteints de toutes les formes d'infirmité, à l'exclusion de la cécité et de la surdité. En outre, elle ne traite pas du problème spécial des enfants mentalement déficients. Toutefois, cette délimitation du champ d'étude ne signifie nullement qu'il faille apporter des restrictions à la définition très large qui a été donnée plus haut. De l'avis du comité, les principes généraux qui sont à la base des conclusions du présent rapport sont également valables pour les enfants dont l'infirmité affecte uniquement la vue et l'ouïe. Mais l'état de ces derniers exige, en outre, le recours à des méthodes spéciales d'éducation et de traitement médical, et, si leur cas a été réservé, c'est simplement parce qu'il appelle une étude supplémentaire distincte. Les grands principes fondamentaux exposés ci-après constituent un ensemble de directives qu'il convient de leur appliquer, et il va sans dire que tout programme complet en faveur de l'enfance physiquement diminuée doit prévoir les services nécessaires pour ces groupes particuliers.

Bien que, par certains de ces aspects importants, le problème de l'enfance physiquement diminuée relève de la compétence du médecin, on ne saurait trop souligner que le jeune infirme a également besoin des services de nombreuses autres personnes : auxiliaires médicaux de différentes branches (physiothérapie, phoniatrie, thérapie de rééducation et thérapie récréative), éducateurs, psychologues, assistantes sociales et conseillers

d'orientation professionnelle. Cette nécessité s'impose non seulement lors de l'hospitalisation, période pendant laquelle l'enfant bénéficie de soins médicaux et infirmiers, mais également après sa sortie de l'hôpital, lorsqu'il s'agit de l'instruire ou de lui donner une formation en vue d'un emploi qui lui convienne.

## 2. Etudes et recherches

Etant donné que de multiples questions de prophylaxie et de thérapeutique n'ont pas encore été élucidées, le comité souligne avec insistance qu'il faut réserver, dans les programmes de réadaptation de l'enfance physiquement diminuée, une place aux recherches sur les points suivants :

- 1) Fréquence des divers états qui provoquent une infirmité physique ;<sup>4</sup>
- 2) Gravité relative de ces états, et fonctions ou régions anatomiques affectées ;
- 3) Mesures préventives, à adopter ;
- 4) Méthodes de réadaptation médicale permettant d'obtenir l'utilisation maximum des fonctions qui subsistent ;
- 5) Aspects affectifs, sociaux et éducatifs du problème.

Le comité insiste également sur la nécessité d'encourager des échanges plus réguliers d'informations entre biologistes cliniciens, accoucheurs, pédiatres, neurologues, épidémiologistes et autres spécialistes, en vue de faciliter l'étude des nombreux facteurs, souvent concomitants, qui déterminent l'apparition de malformations congénitales et afin d'assurer la coordination des travaux cliniques, biologiques et épidémiologiques entrepris à ce sujet.

Certains pays disposent — en ce qui les concerne — d'abondantes informations sur les états très divers susceptibles d'entraîner une infirmité physique, mais ces données sont encore incomplètes à maints égards. D'autre part, dans la majorité des pays, on ne possède que des informations négligeables aussi bien sur la fréquence que sur la nature des états en question, et, de plus, les renseignements existants sont tout à fait insuffisants pour permettre de classer avec exactitude les états observés et d'apprécier leur gravité. Le comité estime que la réunion de données statistiques présente peu d'utilité dans les régions où il n'est pas possible de créer des services d'aide à l'enfance physiquement diminuée et qu'elle pourrait même

<sup>4</sup> Le comité recommande, dans l'intérêt de l'uniformité, que l'on ait recours autant que possible à la terminologie du Classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès adopté en 1948. Voir : Organisation Mondiale de la Santé (1950) *Manuel de classement statistique international des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès*, Genève, Vol. 1 (*Bull. Org. mond. Santé, Suppl. 1*)

s'avérer nuisible, car elle risquerait de développer un sentiment d'impuissance et de découragement chez ceux qui seraient ainsi amenés à prendre nettement conscience de l'ampleur du problème. Le comité reconnaît cependant que, là où la création de services appropriés peut être envisagée dans un proche avenir, le recours à des méthodes de sondage pourrait exercer une influence favorable, notamment en suscitant un mouvement d'intérêt pour la mise en œuvre de programmes par les organisations publiques ou bénévoles. Le comité est convaincu que, pour recueillir des données objectives, la méthode la plus exacte et la plus efficace consiste à organiser, à l'échelon local, des services aisément accessibles de diagnostic et de traitement. Il est, en outre, d'avis que les données relatives à la fréquence des états qui provoquent des infirmités acquièrent leur maximum d'utilité lorsqu'elles sont enregistrées sur une base régionale ou locale, en corrélation étroite avec l'exécution de programmes locaux visant à créer un réseau complet de services pour les enfants physiquement diminués. Le comité estime toutefois que les données recueillies localement doivent être ensuite analysées à l'échelon national, car seule une étude approfondie de toutes les informations disponibles sur la nature et l'ampleur des problèmes qui se posent peut permettre d'acquérir une vue d'ensemble de la situation et d'établir des programmes judicieusement équilibrés.

### 3. Prévention

Au cours de ses discussions sur l'importance de l'action préventive, le comité a examiné les principaux types de causes d'infirmité. On peut distinguer, d'une façon générale, trois grandes catégories :

a) Les états pathologiques congénitaux, y compris ceux qui sont transmis héréditairement et ceux qui résultent de circonstances particulières à la naissance de l'enfant, par exemple : paralysie cérébrale, pied bot, absence complète ou partielle des extrémités, fissure du palais, spina bifida, cardiopathies congénitales.

b) Les traumatismes,<sup>5</sup> en particulier les accidents tels que les fractures, les lésions du système nerveux central, les amputations, les rétractions consécutives à des brûlures.

c) Les séquelles de maladies telles que la poliomyélite, la tuberculose et les cardiopathies rhumatismales.

Le comité souligne le rôle important que jouent les facteurs économiques et sociaux dans la prévention des infirmités et reconnaît l'importance de l'effort accompli par les Nations Unies en vue de susciter un intérêt agissant

---

<sup>5</sup> Le comité note, à ce propos, l'accroissement considérable du nombre d'enfants physiquement diminués dans les régions dévastées par la guerre.

pour ces problèmes.<sup>6</sup> Il fait remarquer, d'autre part, qu'il est nécessaire de disposer partout de services bien organisés de santé publique, tout particulièrement dans les domaines de l'assainissement, de la lutte antituberculeuse, de la lutte antivénérienne, de la nutrition et de l'hygiène de la maternité et de l'enfance. A ce point de vue, le comité s'intéresse vivement aux conclusions formulées par les groupes d'experts de l'OMS ci-après mentionnés : Comité d'experts de l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance,<sup>7</sup> Comité d'experts de la Maternité,<sup>8</sup> Comité d'experts de la Santé mentale,<sup>9</sup> Groupe d'experts sur la Prématurité,<sup>10</sup> Comité d'experts des Services d'Hygiène scolaire.<sup>11</sup> Le comité attire tout spécialement l'attention sur les conséquences d'une protection maternelle insuffisante qui risque de créer chez l'enfant un état de santé susceptible de provoquer diverses infirmités ; il a également noté les conclusions contenues dans le premier rapport du Comité d'experts de la Maternité<sup>8</sup> concernant la valeur préventive des soins prénataux et les normes auxquelles doit répondre la protection maternelle pour être hautement efficace.

Le comité recommande d'associer étroitement à tout moment les services de soins et d'assistance et les services prophylactiques dans le cas des enfants physiquement diminués. D'autre part, il est utile, à son avis, d'établir parmi les mesures préventives une distinction entre celles que l'on peut appeler « primaires » et celles que l'on peut qualifier de « secondaires ». Les premières — dont les mesures de lutte antituberculeuse constituent un exemple — se proposent d'empêcher l'apparition d'une incapacité physique. Quant aux mesures préventives « secondaires », elles visent le dépistage et le diagnostic précoces ainsi que le traitement et la réadaptation sur une base continue dès l'apparition des premiers symptômes, de façon à réduire au minimum la gravité de l'infirmité. On peut citer à cet égard le diagnostic et le traitement précoces du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales pour prévenir les complications, le traitement précoce de l'ostéomyélite par les antibiotiques, ainsi que le diagnostic précoce de la poliomyélite.

Le comité tient, en outre, à souligner la nécessité de mesures spéciales en vue de prévenir les accidents du travail et d'empêcher l'emploi des enfants avant l'âge approprié ou dans des conditions qui risquent de nuire

<sup>6</sup> Le groupe de travail technique spécial de la Réadaptation des Personnes physiquement diminuées a été créé par les Nations Unies en 1950, en vue de systématiser et de coordonner, en cette matière, les activités des Nations Unies et des institutions spécialisées intéressées.

<sup>7</sup> Voir *Actes off. Org. mond. Santé*, 19, 35.

<sup>8</sup> Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1952, 51.

<sup>9</sup> Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 9 ; 1951, 31.

<sup>10</sup> Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1950, 27.

<sup>11</sup> Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 30.

à leur développement normal et à leur santé. Le comité reconnaît l'action menée à cet effet par l'OIT, et il recommande de poursuivre les efforts dans cette voie.

#### 4. Soins médicaux

##### 4.1 *Diagnostic et traitement précoces*

Dans de nombreux pays, l'une des raisons principales de la fréquence et de la gravité des infirmités permanentes de l'enfance est l'insuffisance des moyens disponibles pour permettre un diagnostic précoce. Il est donc indispensable de créer, tout particulièrement dans les régions rurales, des dispensaires, ou centres de diagnostic, en leur assurant le concours des services médicaux universitaires ou de spécialistes des grands hôpitaux. Ces centres de diagnostic devraient faire partie des services locaux de santé publique ou être en liaison étroite avec ceux-ci, de manière que l'on puisse tirer parti de toutes les ressources dont dispose la collectivité.

Le comité estime par conséquent que, pour être efficace, le système préconisé ci-dessus exige la collaboration méthodiquement organisée des écoles de médecine, des hôpitaux régionaux ou locaux, des services de santé publique et des praticiens. Il tient à signaler les expériences qui ont été faites dans certains pays et qui ont prouvé l'intérêt d'ordre éducatif que présente la participation du médecin de famille au diagnostic et à la surveillance du patient. Un diagnostic précoce implique un programme intensif de dépistage. D'autre part, il est évident que les résultats du traitement seront d'autant plus satisfaisants que la lésion ou l'affection aura été décelée plus tôt. Les examens médicaux courants et le dépistage systématique effectués dans les écoles sont d'une grande utilité, mais ne suffisent pas. Les consultations pour nourrissons et pour enfants d'âge préscolaire, de même que les jardins d'enfants et autres établissements créés pour les enfants d'âge préscolaire, offrent d'excellentes occasions de dépistage précoce. Il s'agit en fin de compte d'arriver à éveiller chez toutes les personnes intéressées — médecins, infirmières, membres du corps enseignant, assistantes sociales et parents — un intérêt averti à l'égard de ces questions, afin d'assurer un dépistage méthodique et constant. Le contrôle permanent de tous les enfants par les médecins de famille, par les pédiatres et par les dispensaires représente l'un des principaux moyens de dépistage précoce.

##### 4.2 *Centres hospitaliers*

Un ensemble d'hôpitaux bien aménagés, pourvus d'un personnel compétent, et disposant de tous les services spécialisés, constitue le maillon essentiel dans la chaîne des services médicaux destinés à venir en aide aux

enfants physiquement diminués. Malheureusement, dans la plupart des pays, les hôpitaux de ce genre sont en nombre beaucoup trop limité ou sont d'un accès excessivement difficile; il faut donc trouver d'autres moyens en vue de mettre à la portée des enfants les soins spécialisés dont ils ont besoin. De ce point de vue, le système des consultations spéciales en liaison avec les centres hospitaliers peut être fort utile pour les enfants des régions plus éloignées. Le comité suggère d'assigner, chaque fois qu'on le peut, des secteurs déterminés aux principaux centres hospitaliers, de façon que l'équipe qui pose le diagnostic initial puisse également intervenir pour diriger les soins hospitaliers et assurer la surveillance de l'enfant après sa sortie de l'hôpital.

Dans les régions qui ne possèdent pas les ressources suffisantes pour mettre ce système en pratique et qui souffrent d'une pénurie aiguë de médecins et de membres des professions paramédicales, les quelques centres existants d'enseignement médical devraient s'efforcer d'organiser et de doter en personnel des centres hospitaliers d'un type un peu différent qui disposeraient de moyens techniques plus restreints. Ces centres auxiliaires se chargeraient du diagnostic et du traitement des cas qui ne dépassent pas leurs possibilités, et il leur incomberait d'assurer, dans les cas plus compliqués, le transfert des patients à l'hôpital central.

On s'aperçoit de plus en plus qu'il faut tenir compte de tous les éléments qui composent la personnalité de l'enfant et qu'il importe aussi d'agir sur les parents. On a donc vu se développer, pour le choix du traitement, le travail en équipe, dans lequel les divers techniciens collaborent sous la direction du médecin spécialiste compétent. Le comité estime que le travail en équipe — du fait qu'il favorise un échange fécond d'idées et permet de réunir en conférence tous les spécialistes et techniciens intéressés pour discuter des cas individuels — est de la plus haute importance si l'on veut assurer, à tous les stades, la continuité et la qualité des soins donnés aux enfants physiquement diminués.

Un exemple intéressant de travail en équipe est celui que l'on observe dans la rééducation du poliomyélitique : on voit, en effet, collaborer à cette œuvre le pédiatre, le chirurgien orthopédiste, l'infirmière, le physiothérapeute, le spécialiste de la thérapie de rééducation et de la thérapie récréative, l'assistante sociale, l'éducateur et le conseiller d'orientation professionnelle. Un autre exemple est celui des troubles de l'audition, où l'on voit l'oto-laryngologiste, le pédiatre, l'audiologue et le phoniatre collaborer au diagnostic, au traitement et à la réadaptation de l'enfant.

#### 4.3 Réadaptation médicale

Le comité constate que de grands progrès ont été accomplis au cours des dernières années, en ce sens que l'on comprend aujourd'hui beaucoup

mieux l'importance et la valeur de la réadaptation médicale et les mesures qui doivent être prises pour créer un service efficace. D'une façon générale, la réadaptation médicale a pour objet d'aider le patient à atteindre, autant que le permet son infirmité, les meilleurs résultats possibles dans le développement de sa vie physique, sociale et affective, ainsi que dans son éducation et dans sa formation professionnelle. Il s'agit là d'un processus actif qui doit être conçu en fonction des besoins et des aptitudes de chaque enfant et dans lequel le rôle principal incombe à celui-ci. Pour que cet effort puisse être efficace, il faut évidemment qu'il intervienne le plus tôt possible après l'apparition du trouble responsable de l'infirmité, et qu'il se prolonge sans interruption durant toute la période où il y a une possibilité d'obtenir le rétablissement physique de l'intéressé.

Pour organiser des centres satisfaisants de réadaptation, il est indispensable de mettre à leur tête un médecin spécialisé dans les méthodes de réadaptation et de lui adjoindre une équipe qui puisse assurer les soins nécessaires (physiothérapie, thérapie de rééducation et thérapie récréative, phoniatry et réadaptation psycho-sociale). Il faut également prévoir la fourniture des appareils de prothèse et autres destinés à rétablir au maximum les fonctions physiques et à permettre à l'enfant de se mouvoir, de pourvoir à ses besoins journaliers, de s'exprimer de façon satisfaisante et de se rapprocher, dans toute la mesure du possible, des conditions normales d'existence. Cette équipe devra demeurer en contact étroit avec les services de santé publique et de soins médicaux ainsi qu'avec les écoles, les centres d'orientation professionnelle et les autres organismes d'action sociale ; sous la direction et la surveillance immédiate du médecin directeur, elle aura pour tâche d'établir un plan judicieux de réadaptation de l'enfant, en tenant compte des circonstances de chaque cas particulier.

#### 4.4 *Appareils prothétiques et autres*

Le comité reconnaît que la fourniture d'appareils appropriés constitue l'un des principaux moyens d'aider l'enfant physiquement diminué à acquérir une plus grande indépendance. La prescription de ces appareils doit évidemment être placée sous contrôle médical ; mais le médecin a aussi un rôle prédominant à jouer dans la surveillance de l'ajustement des prothèses et lorsqu'il s'agit d'apprendre au jeune infirme à s'en servir. Il importe, d'autre part, de prévoir une surveillance régulière et de prendre des dispositions en vue d'assurer l'entretien et la réparation des appareils, de même que leur remplacement quand ils sont devenus trop petits ; les physiothérapeutes et les infirmières d'hygiène publique peuvent, à cet égard, apporter une aide très appréciable.

Le comité a été heureux d'apprendre que lors de sa troisième session tenue en octobre 1951 le Groupe de travail technique spécial de la Réadaptation des Personnes physiquement diminuées, institué par les Nations Unies, a recommandé notamment que l'OMS examine s'il serait possible d'établir des normes internationales pour la production, l'ajustement et l'emploi des appareils de prothèse.<sup>12</sup> Etant donné les besoins considérables dans de nombreux pays dont les ressources sont limitées, le comité croit devoir suggérer qu'il y aurait lieu d'orienter les efforts vers la recherche de nouvelles méthodes pour la production, en quantités suffisantes, d'appareils d'un type simple et peu coûteux.

#### 4.5 *Observation médicale suivie*

L'enfant physiquement diminué doit demeurer sous surveillance médicale pendant toute sa croissance. Pour que la surveillance médicale puisse s'exercer sans interruption, il faut donc veiller à ce que tous les renseignements nécessaires soient régulièrement transmis aux institutions appelées à s'occuper successivement de l'enfant ; en d'autres termes, il faut que les diverses institutions intéressées travaillent en étroite collaboration. Le meilleur moyen d'établir cette collaboration est d'organiser les services destinés aux enfants physiquement diminués dans le cadre des services généraux de santé publique et de soins médicaux qui visent à resserrer les liens entre les hôpitaux, les diverses institutions sociales, les praticiens et les familles. Le concours des infirmières d'hygiène publique, des assistantes sociales et du corps enseignant peut être, à cet égard, de la plus grande utilité.

#### 4.6 *Rôle de l'infirmière d'hygiène publique*

En examinant le rôle qui incombe à l'infirmière d'hygiène publique, le comité a souligné que celle-ci constitue l'un des agents de liaison entre l'hôpital, la famille, l'école et diverses institutions sociales. Grâce à l'effort d'éducation sanitaire qu'elle poursuit auprès de la famille et au contrôle qu'elle exerce sur l'enfant bien portant, l'infirmière d'hygiène publique peut contribuer, pour une large part, à prévenir les infirmités. Dans de nombreux cas, c'est grâce à elle que le diagnostic précoce peut être posé et, comme elle demeure en contact suivi avec la famille, elle est en mesure d'avoir sur celle-ci une influence capitale en l'amenant à mieux comprendre et à mieux appliquer les recommandations du médecin et en l'aidant à résoudre les problèmes que soulève l'adaptation de l'enfant physiquement diminué.

<sup>12</sup> Nations Unies (1951) *Ad Hoc Technical Working Party on the Rehabilitation of the Physically Handicapped. Third session, 22-26 October 1951. Report*, p. 23 (Document ST/SOA/CONF.2/REP.2)

### 5. Adaptation affective de l'enfant

La réaction d'un enfant devant la maladie dépend de bien des facteurs : degré de gravité de la maladie, nature du traitement, caractère des relations de l'enfant avec sa famille et manière dont il fait habituellement face aux problèmes qui se posent à lui. L'infirmité suscite nécessairement une réaction affective, et des circonstances telles qu'une invalidité subite, une opération, ou un séjour à l'hôpital représentent de toute évidence des périodes de tension particulière chez l'enfant infirme. Chez l'enfant malade, on constate parfois une régression du comportement qui peut se traduire par une dépendance accrue à l'égard de la mère. D'autre part, l'attitude des parents devant la maladie ou l'infirmité de l'enfant influe beaucoup sur l'état de ce dernier : plus les parents se montrent préoccupés, plus l'enfant s'inquiète à son tour. S'il est indispensable de l'éloigner de sa famille pour l'hospitaliser, il risque de ne pas comprendre la nécessité de cette mesure. L'attitude des personnes qui veillent sur lui à l'hôpital joue également un grand rôle. Lors de traitements et de soins post-thérapeutiques prolongés, il importe que tous ceux qui s'occupent de l'enfant se rendent compte de ce que signifie pour celui-ci le fait d'être malade et séparé de ses parents et qu'ils lui apportent tout le réconfort possible, faute de quoi de graves conséquences sont à craindre.

Les besoins affectifs des enfants sont de mieux en mieux connus, et l'on en tient de plus en plus compte de nos jours. Le comité recommande instamment que l'on s'attache à répandre les connaissances relatives à ces besoins dans les programmes individuels et collectifs de formation du personnel et d'éducation des parents. Les réactions fâcheuses de la part de l'enfant pourraient ainsi être réduites au minimum grâce aux efforts de ceux qui s'occupent de lui, grâce à l'acceptation générale, sur le plan affectif et sur le plan intellectuel, de l'infirmité dont il est atteint, et grâce à la compréhension des personnes de son entourage qui sauraient adopter à son sujet une attitude constructive. Le comité estime, d'autre part, qu'il importe dans chaque cas d'examiner si l'on peut abrégé la période d'hospitalisation et commencer plus rapidement la convalescence à domicile. Il faudrait aussi s'efforcer davantage encore de maintenir le contact entre parents et enfants par différents moyens : entretiens réunissant les médecins et les autres personnes qui s'occupent de l'enfant, visites fréquentes, envoi de lettres à l'enfant hospitalisé, et, si possible, courts séjours dans sa famille. Le comité tient à souligner le tort que peut causer l'application aux enfants d'une réglementation trop stricte dans les hôpitaux et autres établissements où ils séjournent.

Dans l'intérêt de la croissance et du développement des enfants, il importe de fournir au personnel hospitalier, en plus de sa formation

initiale, l'occasion d'acquérir constamment une meilleure compréhension des questions d'hygiène mentale qui concernent les enfants confiés à sa garde. On peut atteindre ce but en organisant régulièrement des conférences au cours desquelles les membres de l'équipe discuteront de chaque cas et arrêteront ensemble la ligne de conduite à suivre. Il faut s'attacher spécialement à préparer les parents et les enfants à toutes les formes de traitement, surtout lorsqu'elles impliquent une séparation. Il faut également poursuivre sans relâche une vaste campagne d'éducation du grand public, afin de faire disparaître chez lui toute attitude de commisération excessive, de répugnance ou d'indifférence à l'égard de l'infirmité et de l'amener à se rendre exactement compte des résultats qui peuvent être obtenus ; le corps enseignant, les agents du service social, les médecins et d'une façon générale les personnes qui s'occupent des enfants physiquement diminués ont tous leur rôle à jouer dans une campagne de ce genre.

## 6. Education

Tout enfant physiquement diminué a droit à l'instruction, même si l'on peut douter qu'il soit plus tard à même d'occuper un emploi. Une bonne instruction générale lui fournira, de toute façon, une base solide pour accéder à l'indépendance économique, qui, en consacrant la valeur sociale de l'individu, constitue normalement un facteur important du développement complet de chaque être humain. L'enfant physiquement diminué doit recevoir une instruction à peu près identique à celle qui est donnée à l'enfant ordinaire. Il peut, toutefois, être nécessaire de lui ménager de plus amples possibilités de formation pour compenser certaines conditions défavorables dans lesquelles il se trouve (milieu limité, activité restreinte, manque de relations sociales). Il se peut également que l'on ait besoin de l'aider à surmonter les difficultés auxquelles il risque de se heurter dans ses études, dans son développement affectif et dans son adaptation sociale, en raison de son infirmité et des nécessités du traitement.

Pour fournir à chaque enfant physiquement diminué une solide instruction générale et l'aide spéciale indispensable, il faut recourir à des mesures administratives très diverses. En effet, on a affaire à des enfants qui, par le type et la gravité de l'infirmité dont ils sont frappés, par le stade atteint dans le traitement, par leur milieu familial et leur lieu de résidence, par leur âge, leurs aptitudes et leur tempérament, sont très différents les uns des autres. Bien que l'on doive s'efforcer, dans toute la mesure possible, de permettre à ces enfants de fréquenter un établissement scolaire ordinaire, l'expérience acquise dans les pays qui ont organisé de longue date des services médicaux, sociaux et éducatifs en leur faveur montre que tout un ensemble de dispositions particulières doit être prévu pour l'éducation de

ceux qui sont hospitalisés ou provisoirement empêchés de fréquenter une école ordinaire ou encore (ce cas est heureusement moins fréquent) qui ont besoin d'être envoyés, de façon prolongée ou même permanente, dans une école spéciale. Le comité estime donc qu'un service complet d'éducation pour enfants physiquement diminués doit prévoir, outre des externats et internats spéciaux, le matériel et les moyens de transport nécessaires aux enfants qui peuvent fréquenter une école ordinaire, ainsi que des facilités d'enseignement à l'hôpital ou à domicile. Pour éviter toute lacune dans l'instruction des jeunes infirmes, il peut être nécessaire, selon la nature de l'infirmité et du traitement médical requis, de les faire bénéficier, au cours de leur vie scolaire, d'une partie ou de la totalité des services spéciaux ainsi créés. Il convient donc d'adopter des dispositions administratives propres à faciliter le recours à l'un ou l'autre de ces services lorsque l'état de l'enfant l'exige ; il y a lieu également de réexaminer fréquemment le cas de chaque enfant pour éviter que celui-ci ne reste dans une école spéciale plus longtemps qu'il n'est nécessaire. A cet égard, il est essentiel d'établir des contacts entre les parents, l'instituteur, le médecin et l'assistante sociale, car l'aptitude de l'enfant à fréquenter une école ordinaire dépend, en particulier, de facteurs sociaux, psychologiques et éducatifs, ainsi que du degré de son infirmité.

Le comité reconnaît qu'il n'est pas possible de fixer des principes généraux concernant le choix de l'établissement d'enseignement auquel il y a lieu d'envoyer tel ou tel enfant physiquement diminué. Ce choix doit être principalement subordonné à l'état physique et psychique du sujet, mais il convient également de tenir compte de certaines circonstances extérieures. Il va sans dire que les enfants d'âge scolaire dont l'état exige l'hospitalisation ne sauraient recevoir leur instruction ailleurs qu'à l'hôpital. D'autre part, étant donné le nombre relativement faible des enfants physiquement diminués et les moyens de transport dont ils ont besoin, on ne peut, en général, établir d'externats spéciaux que dans les grandes agglomérations. L'internat s'impose parfois, soit que les enfants n'aient pas de foyer familial satisfaisant, soit qu'ils se trouvent empêchés de se rendre dans un externat approprié, de façon provisoire ou définitive, soit encore qu'ils résident trop loin d'un établissement de cette nature. Cependant, bien qu'il soit souhaitable que l'enfant fréquente une école ordinaire, la situation ou l'organisation de l'établissement en question peuvent ne pas s'y prêter. Il y a donc parfois des cas où, indépendamment des écoles, on doit prévoir un enseignement à domicile, avec visites régulières d'un instituteur, ou par correspondance, avec recours à la radio et à la télévision, si possible.

Quel que soit le système adopté, les besoins de l'enfance physiquement diminuée sont essentiellement les mêmes du point de vue éducatif, mais, selon le lieu où l'enfant reçoit son instruction, certains facteurs prennent une importance particulière. Souvent, l'ambiance des hôpitaux n'est guère

de nature à stimuler l'intérêt de l'enfant et à susciter chez lui le désir d'élargir sa connaissance du monde extérieur. C'est pourquoi, surtout lorsque la disposition des lits ne lui permet pas d'entrer en contact avec d'autres personnes, il est particulièrement indispensable de lui fournir largement jouets, livres, matériel pour travaux manuels, etc., et de lui ménager la possibilité d'écouter la radio, de voir des films, etc.

Le comité recommande vivement que, lorsqu'on envisagera de construire de nouveaux hôpitaux pour enfants, notamment pour ceux dont l'état exige une hospitalisation prolongée, on tienne dûment compte, dans l'aménagement, la décoration et l'ameublement des locaux, des besoins éducatifs et affectifs des enfants. Il faut que ces hôpitaux offrent une ambiance qui rappelle davantage celle du foyer familial et qui permette aux activités éducatives, récréatives et sociales de se poursuivre parallèlement au traitement médical.

Les collectivités que constituent les externats et les internats devraient donner à l'enfant physiquement diminué l'occasion de développer son sens social parmi d'autres compagnons également désavantagés. Il faut, toutefois, prendre garde aux dangers inhérents à une vie « en vase clos ». On doit donc s'efforcer de faire participer les enfants à la vie de la collectivité normale. Dans les internats, il convient d'éviter le plus possible un relâchement des liens entre parents et enfants et, pour les enfants sans foyer, il faut veiller à remplacer au mieux la famille qui fait défaut. Dans les écoles ordinaires, les maîtres et les élèves doivent être préparés à accueillir parmi eux des enfants physiquement diminués, afin que ces derniers ne souffrent pas d'un sentiment d'isolement ou d'infériorité. Lorsque cela est nécessaire, l'organisation et les installations doivent faire l'objet d'aménagements, et des moyens matériels spéciaux doivent être mis à la disposition du jeune infirme pour lui permettre de participer pleinement à la vie de la communauté scolaire ; mais, ce faisant, on doit prendre soin de ne pas mettre en évidence les différences qui existent entre cet enfant et ses camarades.

Lorsque l'enfant change d'école, il importe que son livret scolaire et son dossier soient communiqués à ses nouveaux maîtres.

L'enfant physiquement diminué ne doit pas recevoir trop tôt une formation professionnelle spécialisée, qui risquerait d'être préjudiciable à son instruction générale, mais il faut lui fournir l'occasion de se rendre compte de ses possibilités, de s'adapter aux limitations inhérentes à son état, d'accéder à une conscience plus nette de la place qu'il occupe dans la société et des ressources qui lui sont offertes sur le plan professionnel. C'est surtout après son départ de l'école, lorsqu'il occupe un emploi, effectue un apprentissage ou suit des cours de formation spécialisée, qu'il est indispensable de lui assurer régulièrement des possibilités très diverses

de parfaire son instruction. D'autre part, il faut que les enfants les plus doués reçoivent les moyens de suivre un enseignement supérieur.

Les maîtres des enfants physiquement diminués doivent être au moins aussi compétents que ceux des enfants normaux et posséder les qualités morales nécessaires pour pouvoir s'acquitter de leur tâche. Il serait préférable qu'ils aient reçu une formation spéciale destinée à leur faire mieux comprendre les besoins physiques, psychologiques et éducatifs de l'enfant.

Lors de la création de nouveaux centres hospitaliers ou internats scolaires pour enfants physiquement diminués, il faudra éviter de choisir des emplacements trop éloignés, où il serait difficile de se procurer le personnel spécialisé, notamment le personnel enseignant.

### **7. Orientation et formation professionnelles**

L'objet de l'orientation et de la formation professionnelles des jeunes infirmes est de donner à ceux-ci le maximum de chances d'occuper un emploi rémunéré qui les satisfasse, compte tenu de leurs aptitudes et de leurs goûts ainsi que des considérations médicales ou psychologiques applicables à leur cas.

Il faut développer l'intérêt et les aptitudes de l'enfant, lui donner une formation professionnelle adéquate et renforcer son équilibre psychique, de manière qu'il ait à souffrir le moins possible de son infirmité dans le métier qu'il exercera.

Le comité est d'avis que l'orientation et la formation professionnelles des enfants physiquement diminués doivent, autant que possible, être confiées aux services qui s'occupent des enfants normaux ou, tout au moins, être organisées en étroite collaboration avec ces services, afin de faciliter l'adaptation sociale des jeunes infirmes, de leur donner accès aux meilleurs établissements de formation et de leur offrir un choix de métiers et de professions aussi large que possible, compte tenu de la nature de leur infirmité, du degré de développement économique du pays et de la situation sur le marché local du travail. Il faut s'efforcer, par tous les moyens, notamment en assurant le logement et le transport de l'enfant, de permettre à celui-ci la fréquentation régulière des écoles ou des cours de formation professionnelle.

Il importe de bien préciser les responsabilités en matière d'orientation et de formation professionnelles dans le cas des jeunes infirmes. L'autorité ou les organismes compétents ne doivent interrompre leur aide que lorsque la réadaptation physique, psychologique, sociale et professionnelle du sujet est achevée et qu'il est capable de travailler dans les mêmes conditions

qu'une personne normale, ou dans des conditions qui s'en rapprochent le plus possible. Tant que ce résultat n'a pas été atteint, le service compétent doit collaborer étroitement, d'une part, avec la famille de l'intéressé et, de l'autre, avec les services médicaux, psychologiques et sociaux de la collectivité, afin de déterminer les possibilités que recèle chaque sujet et de mettre en lumière celles de ses particularités qui appellent une attention ou des soins spéciaux.

Le comité estime que lorsque, le métier choisi, les dispositions particulières du jeune infirme ou d'autres raisons rendent opportun un apprentissage individuel, il faut prendre soin de ne confier cette tâche qu'à une personne douée des qualités professionnelles, pédagogiques et morales nécessaires pour s'en acquitter convenablement. Le service compétent doit, s'il y a lieu, ne pas se contenter de la réglementation normalement en vigueur pour la surveillance de l'apprentissage, mais exercer un contrôle supplémentaire et, notamment, favoriser la bonne entente entre l'employeur et l'apprenti afin d'assurer l'adaptation physique et psychologique de celui-ci.

Il faut, en outre, mettre à la disposition des jeunes infirmes qui, en raison de la nature ou de la gravité de leur déficience, ne peuvent fréquenter les classes courantes un nombre suffisant d'établissements dotés des services médicaux et paramédicaux appropriés et donnant un enseignement élémentaire ou général ainsi qu'une formation professionnelle suffisamment variée.

En outre, des mesures convenables doivent être prises pour assurer, soit dans des ateliers spéciaux, soit à domicile, la formation professionnelle des jeunes gens atteints d'infirmités graves ou qui ne peuvent quitter leur domicile.

Il est indispensable que le personnel technique qui s'occupe, ou qui sera appelé à s'occuper, de l'orientation et de la formation professionnelles des jeunes gens physiquement diminués suive préalablement ou en complément des cours spéciaux pour s'initier aux caractéristiques et aux besoins de ces sujets, compte tenu de leur infirmité particulière, et pour étudier les méthodes d'observation et de formation qu'il convient d'appliquer. Il faut également qu'il soit mis pleinement au courant du rôle et des ressources de tous les services qui peuvent contribuer à la réadaptation de ces jeunes gens.

Dans les cas où un personnel pleinement qualifié fait encore défaut, on peut, à titre de mesure transitoire, recourir à d'autres personnes qui s'intéressent également aux jeunes gens physiquement diminués, mais après les avoir initiées aux problèmes que pose la formation professionnelle des infirmes.

## 8. Placement et emploi

Les jeunes gens physiquement diminués doivent pouvoir accéder aux emplois de toutes catégories qu'ils sont capables d'occuper. On ne saurait les éliminer automatiquement parce qu'ils sont infirmes ou ne remplissent pas les conditions exigées pour l'adhésion à une caisse d'assurance. Il faut faire comprendre aux employeurs et aux salariés, par une propagande objective fondée sur l'expérience, que les personnes physiquement diminuées possèdent les qualités professionnelles voulues pour faire de bons travailleurs (rendement, assiduité normale au travail, stabilité dans l'emploi et pourcentage peu élevé d'accidents).

Il ne convient d'affecter une personne physiquement diminuée à un emploi qu'après s'être soigneusement assuré que les exigences et les conditions de celui-ci conviennent à l'intéressé. Lorsque cela est nécessaire et faisable, il y a lieu d'adopter des dispositions techniques spéciales pour faciliter, autant que possible, l'accomplissement d'un travail normal.

Le placement des personnes physiquement diminuées doit être assuré par le service public général de placement ou par ses sections spécialisées (lorsqu'il en existe) ; dans le cas où un organisme privé s'occupe de placer de jeunes infirmes, il doit travailler en étroite collaboration avec ledit service.

Le comité estime que les jeunes travailleurs physiquement diminués doivent bénéficier de la même protection, en matière de rémunération et d'assurances sociales, que les autres travailleurs de leur âge. Lorsque, pour obtenir leur placement, on est amené à adopter un système de salaires spéciaux établis en fonction de leur rendement, le tarif appliqué doit être fixé de concert avec les employeurs et les ouvriers, soit dans le cadre de l'entreprise en question, soit par l'intermédiaire d'organisations qui représentent les deux parties.

Pour les jeunes gens que leur incapacité physique empêche de remplir une occupation normale ou de se déplacer facilement, il faut prévoir des possibilités de travail grâce à la création d'ateliers spéciaux ou à l'institution d'un système de travail à domicile avec contrôle approprié. Dans la mesure du possible, ces ateliers doivent fonctionner sur des bases commerciales et garantir au jeune travailleur un salaire suffisant pour vivre, calculé en fonction de son rendement. Le comité se rend toutefois compte que, pour atteindre ce but, il sera généralement nécessaire de compléter le salaire du travailleur par une indemnité et, à cette fin, d'accorder des subventions aux ateliers spéciaux. Dans le cas du travail à domicile, l'ouvrier doit travailler dans un local convenable et disposer du matériel et des fournitures dont il a besoin. Il faut également que des arrangements soient

pris pour la collecte et la vente des articles qu'il fabrique. On facilitera le fonctionnement du système si l'on arrive à créer une demande régulière pour ces articles.

### 9. Assistance sociale

La collaboration entre médecins et assistantes sociales dans les hôpitaux et autres services de soins médicaux et de réadaptation est indispensable ; en effet, la guérison a d'autant plus de chances d'être rapide et durable que l'on se rend plus exactement compte des facteurs sociaux et économiques qui peuvent empêcher le patient de bénéficier pleinement des services médicaux. De même, lorsqu'un malade n'est pas à même de suivre les prescriptions qui lui sont données, ou s'il est déprimé et découragé par certaines difficultés d'ordre personnel, sa guérison risque d'être sérieusement compromise.

C'est surtout, mais non exclusivement, à l'assistante sociale qu'il incombe d'avoir une exacte connaissance de ces problèmes sociaux et d'aider l'enfant à les résoudre. A cette tâche doivent d'ailleurs participer toutes les personnes qui s'occupent du jeune infirme et particulièrement les infirmières, qui, indépendamment d'autres fonctions, ont le devoir d'aider de façon constante les enfants et les parents à surmonter les obstacles auxquels ils se heurtent.

Les problèmes sociaux qui peuvent se poser dans le cas des enfants physiquement diminués sont extrêmement divers. Nombre d'entre eux sont d'ordre pratique et matériel et résultent du fait que la famille ne peut assumer les dépenses afférentes aux soins médicaux, aux prothèses ou aux appareils spéciaux qu'exige le traitement de l'enfant à domicile, ou qu'elle est incapable de faire face aux frais de transport de l'enfant au centre de traitement ou à l'établissement scolaire. Parallèlement à ces problèmes, et quelquefois indépendamment d'eux, se posent les problèmes personnels des parents, qui sont liés à la maladie et à l'infirmité de l'enfant ou aggravés par celles-ci. Il s'ensuit que, parfois, les parents peuvent difficilement donner à l'enfant l'attention et l'appui qui lui permettraient de se développer le mieux possible. L'enfant, lui aussi, a besoin d'aide pour supporter la séparation d'avec ses parents, les exigences du traitement médical et hospitalier, les efforts que réclame de sa part le programme d'éducation ou de formation professionnelle auquel il est soumis, et, enfin, les limitations et restrictions inhérentes à son état. Il faut l'aider à trouver des activités qui soient à sa portée et qui constituent pour lui une source de satisfaction. Il faut, enfin, lorsqu'il a rejoint les siens, l'aider à reprendre sa place dans sa famille et parmi ses contemporains, ainsi qu'à vivre avec son infirmité.

L'enfant physiquement diminué doit, certes, être d'abord soumis à un traitement médical, mais il est essentiel que les services sociaux qui s'adressent aux jeunes infirmes et à leurs parents interviennent dès ce moment. Les mesures prises durant cette période contribuent pour beaucoup à empêcher que ne surgissent des problèmes qui risqueraient ensuite de compromettre sérieusement l'action des services d'éducation et d'orientation professionnelle. L'assistante sociale qui, dès ce stade initial, a commencé à s'occuper d'un enfant peut, une fois celui-ci rendu à la vie normale, assurer la continuité des soins et de l'aide nécessaires en collaborant avec les services médico-sociaux de la collectivité. Elle peut en outre contribuer à rendre plus étroite la coordination entre l'aide ainsi fournie et les activités d'autres institutions sociales et des services spécialisés dans l'éducation, la formation professionnelle et le placement des jeunes gens physiquement diminués. L'éducation et la formation que reçoivent les assistantes sociales visent, en effet, à développer leurs connaissances des relations humaines, à leur faire comprendre l'interdépendance des facteurs sociaux et à les mettre en mesure d'aider les gens à comprendre et à résoudre de façon plus satisfaisante les problèmes qui se posent à eux.

Dans l'action en faveur des enfants physiquement diminués, l'assistante sociale a donc principalement pour rôle de mettre rapidement en évidence les difficultés qui se rattachent à la situation sociale de l'enfant, à son milieu familial ou à ses relations personnelles, de se concerter avec les autres membres de l'équipe et avec les institutions de la collectivité pour faire face aux problèmes qui en résultent et d'assurer la meilleure utilisation possible de tous les services disponibles. Le comité souligne qu'il est essentiel de prévoir, dans les programmes en faveur des enfants physiquement diminués, les mesures nécessaires pour que les assistantes sociales, grâce à la formation qu'elles auront reçue et aux conditions dans lesquelles elles exerceront leurs fonctions, soient pleinement à même de s'acquitter des tâches qui viennent d'être énumérées. Il souligne également l'importance que présente l'incorporation de services sociaux dans les services spécialisés de réadaptation. Le meilleur moyen d'obtenir ce résultat est d'avoir des assistantes sociales attachées aux services participant à la réalisation des programmes de soins médicaux, ainsi qu'aux hôpitaux, aux maisons de convalescence ou aux internats pour enfants physiquement diminués. L'assistante sociale apporte aux autres membres de l'équipe une connaissance plus précise et une plus large compréhension des antécédents et du milieu familial de l'enfant, leur permettant ainsi de s'acquitter plus efficacement de leurs fonctions. Réciproquement, elle apprend elle-même à mieux comprendre l'enfant si elle a l'occasion de discuter avec ses collègues de l'équipe des problèmes spéciaux que soulève son cas — qu'il s'agisse du traitement médical, de l'éducation, de l'orientation professionnelle ou d'autres aspects de la vie sociale.

Le comité estime que la formation de base des assistantes sociales, pour être vraiment complète, doit comporter un programme bien équilibré d'études théoriques et pratiques. Ce programme devrait prévoir notamment des cours sur les questions suivantes : sociologie, organisation de la collectivité, prévoyance sociale et services de santé publique, médecine, psychiatrie et psychologie élémentaires, assistance sociale pour des cas individuels (« social case-work »), protection de l'enfance, développement physique et psycho-social de l'enfant. La formation des assistantes sociales devrait absolument comprendre des stages sous surveillance, afin de leur permettre d'acquérir la pratique du travail social.

## 10. Organisation des services destinés aux enfants physiquement diminués

### 10.1 Services médicaux

Il est évident que les enfants physiquement diminués posent un problème complexe de santé publique.

Ainsi que l'a déjà souligné le comité, il est essentiel de mettre à profit tous les moyens prophylactiques connus, de réunir des données concernant la fréquence des états qui entraînent une infirmité physique, de procéder à une analyse statistique de ces données, d'instituer un système efficace de dépistage, d'organiser des services de diagnostic, de traitement et de réadaptation aisément accessibles et, enfin, de recourir aux méthodes permettant d'assurer une observation régulière et suivie des cas ainsi que la continuité et la haute qualité des soins fournis.

Le comité insiste sur le fait que, du point de vue économique, il importe de réaliser un programme bien équilibré qui s'applique à tous les enfants physiquement diminués, et qui s'inspire de principes rationnels de santé publique plutôt que de considérations d'ordre affectif. En effet, il faut avant tout venir en aide à un nombre aussi élevé que possible d'enfants, compte dûment tenu des exigences — sur le plan financier et en matière de personnel — des autres grands programmes sanitaires et médicaux.

Si l'on entend obtenir les meilleurs résultats possibles, il est évidemment essentiel d'atteindre un haut degré d'efficacité administrative. De l'avis du comité, il faut, pour cela, qu'il existe déjà un ensemble bien organisé de services de santé publique et de soins médicaux. A cet égard, le comité attire l'attention sur le premier rapport du Comité d'experts de l'OMS pour l'Administration de la Santé publique, qui prévoit des services destinés aux enfants physiquement diminués parmi ceux qui doivent être assurés par les autorités sanitaires, soit directement soit en collaboration avec d'autres autorités.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1952, 55, 7.

Indépendamment des soins spéciaux que nécessite son infirmité, l'enfant physiquement diminué, pour bien se porter, a besoin des mêmes attentions que les enfants normaux en pleine croissance et en plein développement. Il importe donc que tout programme intéressant la santé des enfants physiquement diminués soit étroitement coordonné avec les programmes établis en faveur des mères et de l'ensemble des enfants. Plus précisément, les services destinés aux enfants physiquement diminués doivent être coordonnés avec les services d'hygiène de la maternité et de l'enfance dans le cadre des services généraux de santé publique. Ce principe a d'ailleurs été énoncé dans le rapport sur la première session du Comité d'experts de l'OMS pour l'Hygiène de la Maternité et de l'Enfance (janvier 1949).<sup>14</sup> Il présente une importance toute particulière pour les pays insuffisamment développés qui entendent organiser leurs services médicaux de la façon la plus efficace et la plus économique possible.

On obtiendra les meilleurs résultats en décentralisant l'administration de ces services et en les intégrant dans l'organisation locale de santé publique et de soins médicaux. L'unité sanitaire (médecins, infirmières d'hygiène publique, etc.) pourra alors, en collaboration avec l'assistante sociale, se charger des soins nécessaires qui s'inscriront ainsi de façon harmonieuse et équilibrée dans l'ensemble des activités sanitaires destinées à la collectivité. Il convient de souligner à cet égard l'importance du rôle de l'infirmière d'hygiène publique. Grâce à ses contacts quotidiens avec les familles et à sa connaissance approfondie des ressources médicales de la collectivité, elle est en mesure d'assurer très utilement, de concert avec l'assistante sociale, la liaison entre, d'une part, l'enfant et ses parents et, d'autre part, les services et organismes multiples, dispersés et divers, auxquels la famille a besoin de recourir.

En raison des considérations qui précèdent, le comité estime que, pour instituer des services médicaux en faveur des enfants physiquement diminués, une collectivité doit préalablement posséder :

- 1) les éléments fondamentaux d'un service de santé publique, et notamment des services d'hygiène de la maternité et de l'enfance ;
- 2) un réseau approprié d'hôpitaux et de centres de convalescence ;
- 3) un personnel qualifié en nombre suffisant.

Dans les régions économiquement sous-évoluées, ces conditions peuvent se trouver réunies par endroits, mais non sur l'ensemble du territoire comme l'exigerait l'établissement d'un service spécialisé s'étendant à la région tout entière. De l'avis du comité, il conviendrait en pareil cas de procéder par étapes et d'envisager, en premier lieu, l'organisation, avec un personnel restreint et des moyens très réduits, d'un service beaucoup

---

<sup>14</sup> *Actes off. Org. mond. Santé*, 19, 35

moins spécialisé, qui pourrait se développer ultérieurement dans le cadre d'un programme général bien équilibré.

Le comité recommande instamment que les écoles de médecine et les grands hôpitaux universitaires se fassent un devoir de collaborer à la création de dispensaires ou de centres de diagnostic dans les zones rurales et à leur dotation en personnel, et qu'ils apportent leur aide aux petits hôpitaux ruraux, notamment sous forme de conseils et de consultations. A cet effet, il y aurait intérêt à ce que les services de santé publique et autres organismes chargés d'administrer les programmes de soins médicaux nouent directement de solides relations avec les écoles de médecine. La nomination en commun de fonctionnaires relevant à la fois des services de santé et des universités est l'une des méthodes qui permettraient d'obtenir le résultat recherché.

Comme on l'a souligné plus haut, il faut en premier lieu établir un programme *équilibré*, qui s'adresse à tous les enfants physiquement diminués et qui s'inspire de principes rationnels de santé publique plutôt que de considérations d'ordre affectif. Pour déterminer les éléments du programme auxquels il conviendrait d'accorder la priorité, on pourrait notamment tenir compte des facteurs suivants :

- 1) le nombre des enfants atteints d'une infirmité donnée ;
- 2) la mesure dans laquelle l'infirmité en question se prête à un traitement médical ainsi qu'à des mesures préventives ;
- 3) le risque de voir l'enfant tomber de façon permanente à la charge de la collectivité s'il n'est pas traité, parce qu'il sera incapable de subvenir à ses besoins et d'occuper un emploi ;
- 4) le retentissement défavorable de l'infirmité sur l'état affectif de l'enfant et sur celui de sa famille ;
- 5) la mesure dans laquelle l'infirmité de l'enfant compromet le progrès de ses études.

Parmi les facteurs secondaires qui peuvent rendre nécessaire une modification temporaire de l'orientation ou de la portée d'un programme de ce genre, il convient de signaler :

- 6) les dépenses à engager par enfant pour obtenir le maximum de résultats ;
- 7) l'évolution de l'infirmité ;
- 8) l'existence d'un personnel spécialisé et des moyens de traitement appropriés.

Le comité est d'avis que les autorités chargées de fixer le montant des fonds à affecter aux services médicaux qui s'adressent aux enfants physiquement diminués devraient établir un plan détaillé faisant nettement ressortir les objectifs envisagés, l'étendue de la région à desservir, les types

d'infirmité considérés, la nature des services à créer et les aptitudes exigées de la part du personnel utilisé pour l'exécution du programme. Ce plan devrait être coordonné avec les autres programmes de soins médicaux et avec les programmes de réadaptation qui concernent les adultes ; il devrait également être établi en liaison avec les écoles de médecine et les hôpitaux intéressés. Dans le même ordre d'idées, ce plan devrait prévoir une coordination étroite entre l'activité des services médicaux et celle des services d'éducation, de sécurité sociale et de formation professionnelle de la collectivité, ainsi qu'avec les associations bénévoles qui s'intéressent aux enfants physiquement diminués. A cet égard, le comité tient à souligner le rôle que les associations bénévoles ont joué et continuent à jouer dans la mise en œuvre de programmes sanitaires de ce genre.

Le comité estime que, dans les pays où s'exerce conjointement l'action des organismes publics et des institutions bénévoles, les meilleurs résultats ont été atteints lorsque les programmes des uns et des autres se complétaient mutuellement.

Le comité tient tout spécialement à rendre hommage à la Société internationale pour la Protection des Invalides, qui, par l'intermédiaire de ses commissions et conseils nationaux, accomplit une œuvre des plus utiles et qui, par ses initiatives, a souvent montré la voie aux gouvernements.

Le comité a été informé des relations d'étroite collaboration que la Société internationale pour la Protection des Invalides entretient avec les Nations Unies et les institutions spécialisées qui s'intéressent aux problèmes de réadaptation. Il a également eu connaissance de la résolution par laquelle la Société internationale pour la Protection des Invalides, lors de son Cinquième Congrès mondial, a exprimé son appréciation de l'œuvre entreprise par les institutions des Nations Unies.<sup>15</sup>

Le comité a également pris note de l'intérêt manifesté par l'Union internationale de Protection de l'Enfance à l'égard de la réadaptation des enfants physiquement diminués et il a été heureux d'apprendre que cette Union avait organisé précédemment, sous les auspices de l'UNESCO, une Conférence internationale d'experts sur l'éducation des enfants atteints d'infirmités motrices (Genève, 21-25 février 1950).

## 10.2 Services spéciaux d'enseignement

Le comité a souligné que les services médicaux destinés à l'enfance physiquement diminuée doivent s'inscrire dans le cadre des services de santé publique ; il est non moins important que les mesures spéciales d'ordre

<sup>15</sup> Société internationale pour la Protection des Invalides (1951) *The disabled in the modern world. Proceedings of the Fifth World Congress of the International Society for the Welfare of Cripples, Stockholm, September 9-14, 1951*, London, p. 266

éducatif, décrites dans le rapport, soient incluses dans le système général d'instruction publique de chaque pays.

Il incombe aux gouvernements de veiller à ce que chaque enfant physiquement diminué reçoive un enseignement du même degré et de la même valeur que celui dont bénéficie l'enfant normal, et de faire en sorte que les crédits appropriés soient prévus dans le budget. Il importe de reconnaître à cet égard que les frais d'instruction seront proportionnellement plus élevés pour les enfants physiquement diminués que pour les autres.

Un système complet d'enseignement destiné aux enfants physiquement diminués doit répondre aux conditions suivantes :

1) Permettre d'assurer l'instruction des jeunes infirmes à toutes les étapes du traitement, y compris pendant les périodes d'hospitalisation ;

2) Comporter des dispositions en vue de l'instruction de tous les enfants physiquement diminués, quels que soient leurs aptitudes, d'une part, et le genre ou la gravité de leur infirmité, d'autre part. Un tel système doit notamment prévoir :

a) les moyens nécessaires pour que les enfants physiquement diminués dont l'état le permet puissent fréquenter les écoles ordinaires sur un pied d'égalité relative avec leurs camarades normaux : à cet effet, il peut y avoir lieu, dans les cas appropriés, d'organiser des services particuliers de transport, d'apporter certaines modifications au matériel scolaire et au programme d'études et de faire appel à des maîtres spéciaux ;

b) des écoles spéciales (externats, internats et classes organisées dans les hôpitaux) à l'intention des enfants physiquement diminués qui, de façon temporaire ou permanente, ne sont pas à même de fréquenter les écoles ordinaires ;

c) l'instruction à domicile des sujets qui, de façon temporaire ou permanente, se trouvent empêchés de fréquenter une école quelconque ;

3) Prévoir les arrangements administratifs qui s'imposent pour que l'instruction des enfants physiquement diminués ne subisse aucune interruption et que le type d'enseignement nécessaire à ces enfants et leur placement dans des écoles appropriées soient réexaminés à intervalles fréquents ;

4) Comprendre un nombre suffisant de maîtres hautement compétents et, si possible, spécialisés dans l'éducation des enfants physiquement diminués ;

5) Comporter des recherches continues sur les répercussions pédagogiques et psychologiques de l'infirmité.

Ces services spéciaux doivent être étroitement coordonnés avec les services médicaux et éducatifs généraux de la région intéressée. Ils doivent aussi être en liaison intime avec l'université et les autres centres de recherches psychologiques et pédagogiques.

### 10.3 *Services d'orientation professionnelle et de placement*

Les activités qui ont trait à l'orientation et à la formation professionnelles ainsi qu'au placement des jeunes infirmes constituent une partie du programme d'ensemble visant l'enfance physiquement diminuée; aussi doivent-elles être intégrées ou coordonnées avec les programmes de formation professionnelle et de placement de la jeunesse en général, quelles que soient les autorités qui en sont chargées.

De toute façon, ces activités doivent être organisées d'après un plan d'ensemble prenant en considération les intérêts du groupe tout entier de la jeunesse physiquement diminuée, les besoins des entreprises, le progrès social, les progrès techniques, les tendances du marché du travail et l'économie nationale en général. Il faut à cet égard établir un programme rationnel et équilibré, avec la collaboration des organisations d'employeurs et de travailleurs.

### 10.4 *Services sociaux*

Dans tout pays, l'organisation des services sociaux est profondément influencée par le type de civilisation qui y prévaut, par l'urgence des mesures à prendre et la conscience qu'en a la collectivité, par le degré de développement des services destinés à la population en général et à l'enfance en particulier, et par l'ensemble des moyens et des ressources existants. Les services sociaux qui entrent en jeu pour la réadaptation de l'enfant physiquement diminué doivent constituer une partie du système de services sociaux assurés à la collectivité. Leur développement dépend donc de celui auquel sont parvenus l'ensemble des services existants, compte tenu également de besoins particuliers dans ce domaine par rapport à l'ensemble des besoins du pays considéré.

Le comité reconnaît l'importance que revêtent les services sociaux en vue d'aider de façon prolongée les enfants et les parents à résoudre les difficultés auxquelles peut se heurter le développement physique et social de l'enfant, du fait de son infirmité. Pour répondre aux besoins particuliers de certains enfants physiquement diminués, il faut prévoir des périodes pendant lesquelles l'enfant sera soigné dans des centres desservant de vastes districts. Il importe que ces centres maintiennent au cours de cette période le contact entre l'enfant et ses parents, qu'ils s'efforcent de compenser l'absence de ces derniers pendant le séjour de l'enfant au centre et qu'ils prennent, lors de son départ, des dispositions pour que des services

sociaux continuent, en cas de besoin, à lui être assurés par les institutions de son lieu de résidence. L'emploi, dans ces centres, d'assistantes sociales expérimentées permettra de renforcer la continuité des services dont doit bénéficier chaque enfant, en assurant la liaison entre le centre et la collectivité au sein de laquelle il vit.

Pour répondre comme il convient à ces besoins sociaux, il faut disposer d'assistantes sociales qui collaborent avec l'équipe médicale dans les établissements hospitaliers, les centres de réadaptation et les institutions spéciales, avec l'infirmière d'hygiène publique, avec le personnel compétent des écoles et des services de formation et d'orientation professionnelles, ainsi qu'avec d'autres personnes intéressées.

Là où les services de protection sociale sont organisés par une institution publique compétente qui est chargée d'établir et de faire respecter des normes professionnelles dans les divers services sociaux de la collectivité, il importe de coordonner étroitement le programme d'activité des assistantes sociales s'occupant des enfants physiquement diminués avec l'action de cette institution, si les assistantes sociales ne dépendent pas d'elle. Cette coordination n'empêche pas que les assistantes sociales qui s'occupent des jeunes infirmes doivent avoir acquis une formation ou une expérience suffisante dans ce domaine. D'autre part, les écoles qui forment les assistantes sociales doivent, dans leurs programmes d'études, se préoccuper de familiariser leurs élèves avec les problèmes que pose la réadaptation sociale de l'enfant physiquement diminué.

Le comité estime que, dans les régions où la formation et l'utilisation d'assistantes sociales n'est pas actuellement possible, il y aurait lieu d'organiser les services de réadaptation sociale en tenant compte des besoins et du personnel disponible. A mesure que l'exécution du programme se développerait, la formation d'un personnel de service social devrait retenir tout particulièrement l'attention.

## 11. Conclusion

Tout au long de ses discussions, le comité a tenu compte du fait que la mise en œuvre d'un programme d'ensemble destiné aux enfants physiquement diminués présuppose l'existence de services appropriés dans le domaine de la santé, de l'éducation, de l'action sociale et de la formation professionnelle. C'est le degré de développement de ces divers services qui permettra de juger si, dans une collectivité donnée, il est possible d'organiser localement des services pour enfants physiquement diminués et d'étendre progressivement les services existants de façon à constituer un ensemble de caractère national.

Le comité a fait ressortir l'importance que présente l'intégration — à tous les échelons — des services spéciaux pour enfants physiquement diminués dans les programmes généraux d'ordre médical, social, éducatif et professionnel. En attirant particulièrement l'attention sur les besoins de l'« enfant complet », le comité tient à souligner que les institutions et les personnes intéressées, quelles qu'elles soient, doivent sans cesse tenir compte de la totalité des besoins et de la personnalité de l'enfant physiquement diminué, ainsi que de l'action entreprise par toutes les autres personnes et institutions en vue de répondre à ces besoins. Le travail d'équipe, dont il a été fréquemment question ailleurs, est indispensable pendant toute la période du développement de l'enfant, étant entendu que l'importance relative des questions médicales, scolaires ou professionnelles variera à mesure que l'on passera de la phase du traitement médical intensif aux phases dans lesquelles les problèmes d'éducation ou de formation professionnelle tiennent une plus grande place. Ce travail d'équipe implique deux conditions préalables. Il exige une intégration judicieuse des services médicaux, éducatifs, sociaux et professionnels sur le plan administratif, ainsi qu'une délimitation précise des domaines où les responsabilités sont communes et de ceux où elles sont distinctes. Il exige également que les membres de toute équipe qui s'occupe d'un jeune infirme au cours d'une phase quelconque aient acquis l'expérience des personnes physiquement diminuées en sus de leurs connaissances professionnelles générales en tant qu'instituteurs, assistantes sociales, conseillers d'orientation professionnelle, psychologues ou médecins. Cette conception des changements qui surviennent dans l'importance relative des problèmes au cours de la réadaptation doit inspirer les décisions administratives et être mise en évidence au cours de la formation du personnel spécialisé de toute catégorie ; elle aidera considérablement chacune des personnes intéressées à s'acquitter de ses fonctions dans le programme, elle améliorera la coordination entre les diverses institutions, et elle permettra d'atteindre l'objectif essentiel, c'est-à-dire la réadaptation complète de l'enfant physiquement diminué.

Le comité tient à féliciter les Nations Unies et les institutions spécialisées qui se préoccupent de la réadaptation des personnes physiquement diminuées, d'avoir préparé et organisé conjointement leur action dans ce domaine, en donnant ainsi, sur le plan international, l'exemple d'un effort coordonné. Il demande avec insistance que les gouvernements, lorsqu'ils établiront des services destinés aux enfants physiquement diminués, s'attachent à harmoniser l'activité des divers services dont l'intervention est nécessaire, afin de permettre la réadaptation complète et le plein développement de ces enfants.

---

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**  
**SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES**

	Numéro	Prix		
<b>Administration de la Santé publique,</b> Comité d'experts de l'				
Premier rapport . . . . .	55	Fr. s. 1,20	2/3	\$0,30
<b>Alimentation et (de la) Nutrition, Comité</b> mixte FAO/OMS d'experts de l'				
Rapport sur la première session . .	16	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
Rapport sur la deuxième session . .	44	Fr. s. 1,60	3/-	\$0,40
<b>Antibiotiques, Comité d'experts des</b>				
Rapport sur la première session . .	26	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Assainissement, Comité d'experts de l'</b>				
Rapport sur la première session . .	10	Fr. s. 1,—	2/-	\$0,25
Deuxième rapport . . . . .	47	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Bilharziose en Afrique, Groupe mixte</b> OIHP/OMS d'études sur la				
Rapport sur la première session . .	17	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Brucellose, Groupe mixte FAO/OMS d'ex-</b> perts de la				
Rapport sur la première session . .	37	Fr. s. 1,—	2/-	\$0,25
<b>Choléra, Comité d'experts du</b>				
Premier rapport . . . . .	52	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Choléra, Groupe mixte OIHP/OMS d'étu-</b> des sur le				
Rapport sur la troisième session . .	18	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Déficiences alimentaires graves lors de</b> calamités, Prophylaxie et traitement des				
Rapport d'un groupe d'experts-conseils	45	Fr. s. 1,40	2/9	\$0,35
<b>Drogues susceptibles d'engendrer la Toxi-</b> comanie, Comité d'experts des				
Rapport sur la deuxième session . .	21	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
Troisième rapport . . . . .	57	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Enfance physiquement diminuée, Comité</b> mixte d'experts de l'— (OMS, Nations Unies, OIT et UNESCO)				
Premier rapport . . . . .	58	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
<b>Fièvre jaune, Groupe consultatif d'experts</b> de la				
Rapport sur la première session . .	19	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Formation professionnelle et technique du</b> <b>Personnel médical et auxiliaire, Comité</b> d'experts pour la				
Rapport sur la première session . .	22	Fr. s. 1,—	2/-	\$0,25
<b>Hygiène des Gens de Mer, Comité mixte</b> OIT/OMS de l'				
Rapport sur la première session . .	20	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Insecticides, Comité d'experts des</b>				
Rapport sur la première session . .	4	Fr. s. 1,20	2/3	\$0,30
Rapport sur la deuxième session . .	34	Fr. s. 2,20	4/3	\$0,55
Troisième rapport . . . . .	46	Fr. s. 1,—	2/-	\$0,25
Quatrième rapport . . . . .	54	<i>A paraître</i>		

	Numéro	Prix		
<b>Lutte antivénérienne aux Etats-Unis d'Amérique</b>				
Rapport de la Commission de l'OMS pour l'Etude de la Syphilis . . .	15	Fr. s. 1,80	3/6	\$0,45
<b>Maladies contagieuses courantes de l'enfance, Vaccination contre les</b>				
Rapport d'un groupe d'experts-conseils	6	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Maladies vénériennes et Tréponématoses, Comité d'experts des</b>				
Rapport sur la troisième session . .	13	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
<b>Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire</b>				
Rapport sur la première session . .	14	Fr. s. 1,—	2/-	\$0,25
Rapport sur la deuxième session . .	33	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
<b>Maternité, Comité d'experts de la</b>				
Premier rapport : Etude préliminaire	51	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Paludisme, Comité d'experts du</b>				
Rapport sur la troisième session . .	8	Fr. s. 1,20	2/3	\$0,30
Rapport sur la quatrième session . .	39	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
<b>Paludisme en Afrique équatoriale, Conférence du</b>				
Rapport . . . . .	38	Fr. s. 1,80	3/6	\$0,45
<b>Peste, Comité d'experts de la</b>				
Rapport sur la première session . .	11	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
<b>Pharmacopée internationale, Comité d'experts de la (auparavant : Comité d'experts pour l'Unification des Pharmacopées)</b>				
Rapport sur la quatrième session . .	1	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
Rapport sur la cinquième session . .	12	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
Rapport sur la sixième session . . .	29	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
*Rapport sur la septième session (comprenant le rapport sur la première session du Sous-Comité des Dénominations communes) . . . . .	35	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
Rapport sur la huitième session (comprenant le rapport sur la deuxième session du Sous-Comité des Dénominations communes) . . . . .	43	Fr. s. 1,—	2/-	\$0,25
Neuvième rapport (comprenant le troisième rapport du Sous-Comité des Dénominations communes) . .	50	Fr. s. 1,—	2/-	\$0,25
<b>Prématurité, Groupe d'experts sur la</b>				
Rapport final . . . . .	27	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Rage, Comité d'experts de la</b>				
Rapport sur la première session . .	28	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
<b>Règlement sanitaire international</b>				
Règlement N° 2 de l'Organisation Mondiale de la Santé . . . . .	41	Fr. s. 2,60	5/-	\$0,65

	Numéro	Prix		
<b>Rickettsioses africaines, Groupe mixte OIHP/OMS d'études sur les</b>				
Rapport sur la première session . . .	23	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Santé mentale, Comité d'experts de la</b>				
Rapport sur la première session . . .	9	Fr. s. 1,20	2/3	\$0,30
Rapport sur la deuxième session . . .	31	Fr. s. 1,40	2/9	\$0,35
<b>Sous-Comité de l'Alcoolisme</b>				
Rapport sur la première session . . .	42	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
Deuxième rapport . . . . .	48	Fr. s. 1,—	2/—	\$0,25
<b>Services d'Hygiène scolaire, Comité d'experts des</b>				
Rapport sur la première session . . .	30	Fr. s. 1,—	2/—	\$0,25
<b>Soins infirmiers, Comité d'experts des</b>				
Rapport sur la première session . . .	24	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
Deuxième rapport . . . . .	49	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Standardisation biologique, Comité d'experts pour la</b>				
Rapport sur la troisième session . . .	2	Fr. s. 0,80	1/6	\$0,20
Rapport sur la quatrième session . . .	36	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
Cinquième rapport . . . . .	56	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
Rapport du Sous-Comité des Vitamines liposolubles . . . . .	3	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Statistiques sanitaires, Comité d'experts des</b>				
Rapport sur la première session . . .	5	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
Rapport sur la deuxième session (comprenant les rapports sur les premières sessions du Sous-Comité pour la Définition de la Mortinatalité et de l'Avortement, du Sous-Comité pour l'Enregistrement des Cas de Cancer et leur Présentation statistique, du Sous-Comité des Statistiques hospitalières) . . . . .	25	Fr. s. 1,—	2/—	\$0,25
Troisième rapport (comprenant le deuxième rapport du Sous-Comité pour l'Enregistrement des Cas de Cancer et leur Présentation statistique) . . . . .	53	Fr. s. 1,40	2/9	\$0,35
<b>Trachome, Comité d'experts du</b>				
Premier rapport . . . . .	59	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
<b>Tuberculose, Comité d'experts de la</b>				
Rapport sur la quatrième session . . .	7	Fr. s. 0,60	1/3	\$0,15
Rapport sur la cinquième session . . .	32	Fr. s. 0,40	9d.	\$0,10
<b>Zoonoses, Groupe mixte OMS/FAO d'experts des</b>				
Rapport sur la première session . . .	40	Fr. s. 1,20	2/3	\$0,30

#### Commandes en gros

Pour toute commande d'au moins 100 exemplaires, il est consenti aux administrations et organisations sanitaires une remise de 20 %. Adresser les commandes à l'Organisation Mondiale de la Santé, Section des Ventes, Palais des Nations, Genève, Suisse.