

Développement du sport pour les paraplegiques

par Sir Ludwig Guttmann,
président de la Fédération
des Jeux Internationaux
de Stoke Mandeville¹

Nous avons déjà discuté ici des aspects sociologiques du sport et défini son but pour les handicapés physiques. Nous avons alors souligné son effet thérapeutique, sa valeur récréative et psychologique ainsi que son rôle dans la réinsertion sociale des handicapés graves. Cet article décrit le développement d'un mouvement sportif international — le premier dans son genre — pour l'une des catégories d'handicapés les plus atteints, les paraplégiques et les quadriplégiques.

Le sport en tant qu'élément du traitement médical

Lors des jours sombres de la Deuxième Guerre Mondiale, le gouvernement britannique (au vu des problèmes que poseraient les blessés du deuxième front) me chargea d'organiser au « Stoke Mandeville Hospital » d'Aylesbury un centre thérapeutique pour les blessés de la moelle épinière. A cette époque, ainsi que depuis des siècles, les gens qui

Dans le No 111 de la « *Revue Olympique* » figurait une étude sur l'importance du sport pour les handicapés physiques graves, rédigée par Sir Ludwig Guttmann. Dans l'article ci-dessous, le célèbre neurologue retrace l'histoire du sport pour les paraplégiques.

avaient subi un grave traumatisme de la colonne vertébrale (et qui restaient paralysés, condamnés à passer le restant de leur vie dans un fauteuil roulant) étaient toujours considérés comme des cas désespérés, des infirmes ayant une brève espérance de vie, comme des parias de la société. Un exemple de l'attitude défaitiste du corps médical à l'égard de ces infortunés est le fait que pendant la guerre — contrairement aux blessés de la tête — ils n'étaient pas évacués aussitôt par avion. Cette passivité peut s'expliquer par le pronostic qui était alors en vigueur: les complications d'une lésion de la

¹ Adresse: Stoke Mandeville Sports Stadium, Harvey Road, Aylesbury, Bucks, Angleterre.

moelle épinière (telles que des infections ascendantes des voies urinaires et des escarres du décubitus) étaient jugées inévitables.

Il importait de modifier radicalement ces opinions; des efforts entrepris dans ce sens aboutirent à l'introduction d'une approche globale, tenant compte de tous les aspects du problème complexe de la paraplégie et de la quadriplégie dues à une lésion transverse. Ainsi, un seul patient nécessite au moins sept ou huit spécialistes de diverses disciplines médicales et chirurgicales. Si les paraplégiques sont traités de façon adéquate dès le début et à chacune des phases ultérieures, on peut non seulement maîtriser, mais même éviter tout à fait les complications citées ci-dessus et les autres. Il s'avéra également que, malgré leur grave handicap, ces patients peuvent se réinsérer dans la société, y être respectés et exercer des activités utiles. Au lieu de vivre de pensions et de charité comme c'était l'usage depuis des siècles, beaucoup d'entre eux sont même devenus des contribuables!

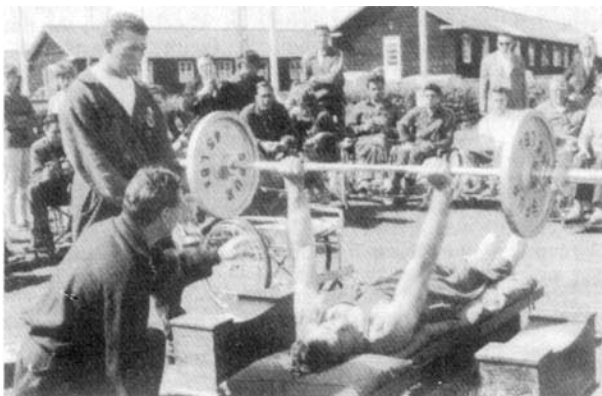
Ce serait dépasser le cadre du sujet que de décrire tous les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires pour que le paraplégique recouvre le plus complètement possible son équilibre émotionnel et son bien-être physique. Deux mesures — soulignons-le — se sont avérées d'une valeur inestimable: le *travail* et le *sport* en tant que parties intégrantes du traitement. Dans un pays tel que la Grande-Bretagne où le sport est particulièrement en vogue, cela aurait été un péché par omission presque impardonnable de *ne pas* l'inclure dans les méthodes de réadaptation. En outre, une activité sportive est un remède efficace contre l'ennui à l'hôpital; il apparut alors très vite que le sport revêtait une

importance considérable pour la réinsertion physique, psychique et sociale des patients. Les premiers jeux introduits furent le *snooker* (une sorte de billard), les quilles, le tennis de table et le tir à l'arc. En ce qui concerne les jeux d'équipes, nous commençâmes avec le polo en fauteuil roulant, sport qui fut bientôt suivi par le basketball. Ainsi débuta un mouvement sportif auquel des hommes, des femmes et des enfants paralysés purent se joindre à leur sortie de l'hôpital.

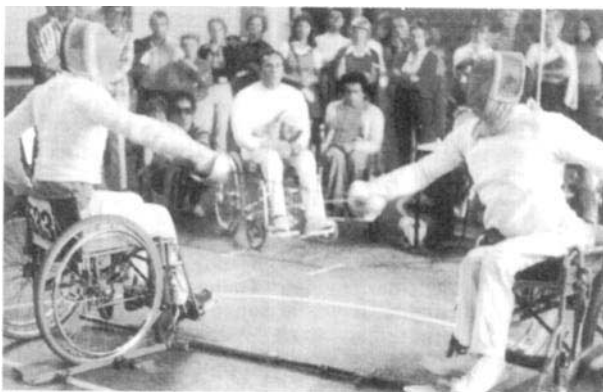
Le 28 juillet 1948 eurent lieu les premiers Jeux de Stoke Mandeville (nom donné au mouvement sportif), le jour même de l'inauguration des Jeux Olympiques à Londres. On voulait montrer à l'ensemble de la population que l'activité sportive n'est absolument pas l'apanage des sujets sains, mais qu'elle peut être pratiquée par des femmes et des hommes atteints d'un handicap aussi grave que la paraplégie. Au début, ne participèrent à ce championnat que seize paralysés, anciens combattants; mais cette manifestation se transforma en un événement sportif national ayant lieu tous les ans et dont le nombre de participants et de compétitions augmenta rapidement. En 1952, ce fut la première rencontre sportive *internationale*, lorsqu'une petite équipe d'anciens soldats paralysés des Pays-Bas vint visiter le Centre de Stoke Mandeville. Le mouvement reçut alors le nom de Jeux Internationaux de Stoke Mandeville.

Ces jeux, qualifiés aujourd'hui de « Jeux Mondiaux en fauteuil roulant », se distinguent de deux façons des compétitions pour sujets sains:

- 1 Ils ne sont pas réservés aux joueurs avancés (même des débutants peuvent prendre part à certaines compétitions).



Epreuve d'haltérophilie, au cours des jeux internationaux de stoke Mandeville



2. Ils se déroulent durant trois années consécutives au cours de la dernière semaine de juillet au Centre de Stoke Mandeville, et, tous les quatre ans, si possible, dans le pays des Jeux Olympiques. En 1960, les Jeux de Stoke Mandeville eurent lieu pour la première fois en dehors de la Grande-Bretagne: à Rome, aussitôt après les Jeux Olympiques; 350 femmes et hommes paralysés, provenant de 24 pays, se mesurèrent dans leur discipline sur le stade olympique. Cet événement sportif fut un grand succès, non seulement parce que les performances atteignirent un niveau élevé, mais aussi parce qu'il eut un effet éducatif sur le public. A la fin des Jeux, le pape Jean XXIII accorda une audience spéciale au Vatican à tous les participants et leurs 300 accompagnateurs.

En 1964, les Jeux eurent lieu à Tokyo avec la participation de 400 personnes; en l'espace de cinq jours, plus de 100 000 spectateurs vinrent au stade olympique. Cette manifestation fut particulièrement importante du point de vue de la réinsertion sociale. Les représentants du gouvernement japonais, qui avaient vu les performances sportives réalisées par des personnes se déplaçant en fauteuil roulant, firent construire dans les six mois suivants une fabrique pouvant embaucher des paralysés ou d'autres handicapés graves. Aujourd'hui, il y a au Japon quatre usines de ce genre, qui sont réunies dans les « Sun Industries » et se trouvent sous la direction du Dr. Nakamura, qui est un ancien collaborateur du Centre de Stoke Mandeville. Les Jeux de 1972 se déroulèrent en Allemagne, à Heidelberg, parce que le stade olympique de Munich ne remplissait pas les conditions techniques nécessaires. 1000 personnes

paralysées venant de 45 pays avec leurs 400 accompagnateurs participèrent activement à ces Jeux. La population et les représentants des autorités manifestèrent un enthousiasme incroyable. En 1976, ces Jeux eurent lieu à Toronto¹; ils réunirent près de 1400 athlètes paraplégiques, amputés ou aveugles. Les Jeux Mondiaux pour paralysés comportent les sports suivants: le tir à l'arc, une épreuve associant le lancement de fléchettes et le tir à l'arc, des compétitions de lancement (javelot - précision et distance - poids - disque), escrime (fleuret - épée - sabre), haltérophilie (en position couchée), tennis de table, *snooker*, jeu de boules (également en plein air), basketball, course sur piste (en fauteuil roulant), slalom, pentathlon et natation (incluant la nage sous l'eau).

Classification des concurrents

L'étendue de la paralysie après une lésion de la moelle épinière dépend naturellement de la localisation de la lésion: la paralysie est d'autant plus importante que la lésion se situe en un point plus élevé; cela vaut autant pour la motricité que pour les différents types de sensibilité, en particulier la sensibilité musculaire et articulaire qui assure le contrôle postural. Les sportifs paraplégiques des deux sexes doivent donc être répartis en différentes classes de compétition selon leur déficit neurologique et leur capacité fonctionnelle. Un groupe de médecins expérimentés en ce domaine élaborà à cet effet, au cours de plusieurs années, un système de classification permettant une juste évaluation des participants en fonction de la

¹ Voir « Revue Olympique » 107-108, page 565.

gravité de leur handicap. A l'examen, le médecin détermine la localisation du traumatisme neurologique et surtout l'extension des déficits fonctionnels. L'essentiel est de distinguer la lésion transverse totale et la lésion transverse partielle (la paralysie incomplète laisse subsister certaines fonctions motrices ou sensorielles), ainsi que la présence ou l'absence du sens postural. Rappelons en effet que, si ce sens fait défaut, la personne présentant une lésion de la moelle épinière a toujours des problèmes d'équilibre. Ainsi, lors des épreuves de natation, les victimes de la poliomyélite sont avantagées, parce que leur sensibilité est restée intacte. Selon les sports qu'il pratique, un sportif handicapé peut être classé à un niveau variable; aussi faut-il que le médecin qui l'examine ait lui-même l'expérience de ces activités sportives.

Le schéma suivant sert de base pour la classification:

1. Lésions cervicales. Elles sont réparties en trois groupes, selon l'absence ou la présence d'une contractilité suffisante du triceps. La contractilité du triceps est déterminée à l'aide de « l'échelle d'évaluation musculaire de base » du Medical Research Council britannique (MRC) (échelle allant de 0 à 5).

Classe 1 A: lésions cervicales hautes dans lesquelles le triceps ne peut vaincre la pesanteur (échelle MRC: valeur inférieure à 3).

Classe 1 B: lésions cervicales basses avec un assez bon (3) fonctionnement du triceps, des extenseurs et des fléchisseurs des poignets, mais avec une paralysie des fléchisseurs ou des extenseurs longs des doigts (échelle MRC: valeur inférieure à 3).

Classe 1 C: lésions cervicales basses avec bon (4 à 5) fonctionnement du triceps ainsi que de forts fléchisseurs et extenseurs longs des doigts (jusqu'à 4 selon l'échelle MRC), mais des muscles interosseux et lombricaux non fonctionnels. Les lésions au niveau de D1 sont incluses dans cette classe parce que le premier segment thoracique innerve également le muscle court abducteur du pouce et, jusqu'à un certain degré, les muscles interosseux.

2. Paralysie de la musculature du tronc et de l'abdomen, ainsi que des membres inférieurs. Ici on distingue deux groupes:

Classe 2: lésions entre D2 et D5 (comprises), lors d'une paralysie de la musculature intercostale, paravertébrale et abdominale, s'accompagnant de la perte de l'équilibre en position assise.

Classe 3: lésions entre D6 et D10 avec paralysie totale ou partielle des muscles atteints et maintien de l'équilibre en position assise; dans cette classe, il n'est pas tenu compte de l'absence ou de la forte réduction de la capacité fonctionnelle de la musculature abdominale inférieure (échelle MRC: 1 à 2).

Dans ces deux classes, le médecin considère surtout si le patient peut garder l'équilibre en position assise, et notamment dans son fauteuil roulant.

Classe 4: lésions entre D10 et L3 avec une insuffisance fonctionnelle du quadriceps (échelle MRC: 1 à 2).

Classe 5: lésions entre L3 et S2 (comprises) avec, pour le quadriceps, une fonction de 3 et plus (échelle MRC). Dans cette classe, il faut veiller particulièrement à ce que la musculature du siège, spécialement du grand fessier, soit fonctionnelle (échelle MRC: 3 ou moins). Sinon, le concurrent sera inscrit en classe 4.

Classe 6: cette classe comprend les patients qui présentent de légères déficiences musculaires au niveau des pieds.

Les sujets présentant des déficits minimes sont exclus d'emblée, car ils peuvent participer aux compétitions pour bien-portants.

Système de points

Un système de points relatif à la musculature des extrémités inférieures a été élaboré, afin de faciliter la répartition des concurrents présentant une paralysie partielle, en particulier pour les classes 5 et 6.

La capacité fonctionnelle, des deux côtés, est appréciée à l'aide de cinq points pour chacun des groupes musculaires: fléchisseurs, adducteurs, abducteurs et extenseurs au niveau de la hanche, ainsi que pour les fléchisseurs et les extenseurs au niveau de la cheville. Sont affectés à la classe 5 les accidentés qui comptent 21 à 40 points et les poliomyélitiques qui ont 16 à 25 points. En ce qui concerne la classe 6, les valeurs vont respectivement de 41 à 60 et de 36 à 50.

L. G.

(A suivre)

