Document Cadre

# La réadaptation physique et fonctionnelle

Direction des Ressources Techniques
Juin 2013

DC | 10

HANDICAP INTERNATIONAL

**Auteur**
Patrice Renard
Isabelle Urseau

**Révisions et commentaires**
Rozenn Botokro
Ludovic Bourbé
Thomas Calvot
Antony Duttine
Bernard Frank
Pierre Gallien
Corinne Gillet
Nathalie Herlemont-Zoritchak
Patrick Lefocalvez
Graziella Lippolis
Muriel Mac-Seing
Chiara Retis
Claudio Rini
Cécile Rolland
Aleema Shivji
Claude Simonnot
Vincent Slypen
Edith Van Wijngaarden

**Une publication de Handicap International**
Direction des Ressources Techniques
Pôle Management des Connaissances

**Appui technique éditorial**
Stéphanie Deygas
Pôle Management des Connaissances

**Création graphique**
IC&K, Frédérick Dubouchet
Maude Cucinotta

**Mise en page**
NJmc, Frédéric Escoffier

L'utilisation ou la reproduction de ce document est autorisée uniquement à des fins non commerciales et à la condition que la source soit citée.

Document Cadre

# La réadaptation physique et fonctionnelle


**Préface** 5
**Introduction** 7

**1. Principes et repères** 11

1.1 Principes d'intervention 12
1.2 L'objet 15
1.3 La démarche et les modèles 18
1.4 De l'individu au système 22
1.5 Le contexte 28
1.6 En résumé 31

**2. Modalités d'intervention** 35

2.1 Réduction des obstacles 36
2.2 Les niveaux d'intervention 37
2.3 Les professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle 55
2.4 Les thématiques de la réadaptation physique et fonctionnelle 67
2.5 Perspectives 2011-2015 70

**Annexes** 73

Acronymes 74
Bibliographie 75
Notes 77

**« Handicap International est née dans les années 1980 de la révolte d'une poignée de praticiens - médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logisticiens - face à l'absence d'une offre de soins spécifiques pour plusieurs milliers de Cambodgiens, amputés par les mines antipersonnel qui infestaient la frontière avec la Thaïlande et les abords des camps où ils essayaient éperdument de se réfugier.**

**La sagesse de l'époque prônait en effet que la réadaptation physique et fonctionnelle n'entrait pas dans le champ du « life saving » ! Ainsi, au moment même où des milliers de familles démunies devaient faire face aux conséquences physiques, psychologiques et sociales d'une mutilation aussi injuste qu'effroyable, aucun des acteurs médicaux présents dans les camps de réfugiés ne plaçait ce type d'aide au rang de ses priorités…**

**Pour les fondateurs de l'association, un tel déni de droits était incompréhensible et à vrai dire inacceptable. D'autant plus que des solutions artisanales d'appareillage voyaient spontanément le jour autour d'eux, grâce au génie des « stratégies de survie ».**

**Handicap International s'est nourrie de cette détermination et aujourd'hui, aussi bien dans les suites immédiates d'une catastrophe que dans les situations de grande pauvreté, l'accès à des services de réadaptation physique et fonctionnelle est reconnu par les bailleurs comme essentiel à la participation des personnes handicapées à la reconstruction de leur vie.**

**Bien sûr cette victoire d'abord conceptuelle a un coût ; mais celui-ci n'est rien en regard de la qualité de vie concrètement offerte à des milliers d'individus et leur famille à travers le monde ».**

**Jean-Baptiste Richardier**
**Co-fondateur et Directeur Général de Handicap International, 2013**

# Préface

Depuis trente ans, le combat initial des fondateurs de l'organisation n'a pas cessé. En effet, l'injustice faite à des femmes et hommes exclus d'un système d'aide perdure, système qui leur refuse la continuité de soins chirurgicaux et médicaux nécessaire pour accéder à un appareillage permettant de retrouver une fonction sociale, et par la suite un métier, ou un accès à l'éducation... de prendre le chemin de l'autonomie, vers l'indépendance, d'accéder à la dignité. Les services de réadaptation sont toujours les parents pauvres des systèmes de santé, souvent orphelins, coincés entre des ministères de la Santé et du Social, voire oubliés, bénéficiant de financements internationaux toujours insuffisants eu égard aux challenges à relever et à un accroissement constant du nombre de personnes ayant besoin de supports techniques et d'accompagnements (malades chroniques, personnes âgées, victimes de violences routière ou armée...). Les États, la communauté internationale doivent comprendre et surmonter ce défi d'une indispensable prise en charge continue, toute une vie durant.

Le chemin parcouru a aussi été jalonné de succès, avec les signatures des Conventions d'Ottawa puis d'Oslo, créant un devoir de porter assistance aux victimes sans discrimination, avec la naissance et la signature de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées, avec la construction d'organisations de la société civile toujours plus fortes, avec l'émergence de structures professionnelles... Cette reconnaissance se trouve par exemple dans la tenue à New York d'une Réunion de Haut Niveau des Nations Unies spécifiquement dédiée au handicap.



Durant ces années, nos savoirs et nos pratiques se sont considérablement améliorés, à travers les partenariats avec les organisations du Sud et les autres organisations internationales, grâce à des rapprochements avec des instances professionnelles internationales et régionales, des synergies fortes avec des entreprises, une confiance instaurée et renouvelée des principaux bailleurs de fonds... Nous répondons toujours mieux et plus vite aux besoins, à la fois dans les situations de crises aiguës et chroniques mais aussi dans celles d'extrême pauvreté.

Nous posons, à travers ce document cadre pour nos équipes et partenaires, les bases de compréhension de ce que la réadaptation physique et fonctionnelle recouvre aujourd'hui pour nous. Si nous mesurons le chemin parcouru, nous avons aussi conscience des évolutions que nous aurons encore à vivre. Il met donc en lumière nos lignes de force pour les années à venir : approche centrée sur l'usager, qualité et pérennité des services dans les pays en développement, amélioration des filières de formations spécialisées, lien avec les groupes d'usagers...

Nous avons une équipe réduite, fortement motivée, ambitieuse, et qui, avec des moyens limités (ils le sont toujours trop !), réussit des tours de force quotidiens pour améliorer nos pratiques, capitaliser, former, innover, structurer, et améliorer la place de la réadaptation physique et fonctionnelle dans le monde, ce document en est une émanation qui réconcilie la nécessité de l'apport indubitable du médical dans le rôle social de la personne handicapée. Le bénéficiaire devient un nouvel acteur de sa santé, ce qui lui permet d'être partie prenante de la construction des sociétés d'aujourd'hui et de demain.

Merci à tous les contributeurs, et bonne lecture.

**Ludovic Bourbé**
**Responsable de la Direction des Ressources Techniques**

# Introduction

### Pourquoi un document cadre pour le domaine ?

Un document cadre décline le mandat, les valeurs et la stratégie de la Fédération en termes opérationnels appliqués à un secteur d'activités. Élaborer un tel document pour le domaine « Services de Réadaptation » est un exercice complexe car nécessitant de circonscrire la démarche de réadaptation au champ d'intervention du domaine.
En effet, la réadaptation est un processus global participant à la promotion de la santé et qui est décliné dans la plupart des projets développés par Handicap International, quel que soit leur domaine de rattachement.

Par ailleurs, il existe de nombreux référentiels institutionnels internationaux qui traitent de la réadaptation au sens large. Handicap International, et notamment le domaine « Services de Réadaptation », a d'ailleurs contribué à la réalisation de certains d'entre eux (Organisation mondiale de la Santé – OMS : Rapport mondial sur le handicap[1] ; Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC[2]…) et participe à l'élaboration du nouveau guide de l'OMS, Guide de Réadaptation en Santé, prévu pour fin 2014.
Ce travail en collaboration avec l'OMS a permis d'une part d'asseoir la légitimité de Handicap International et du domaine, et d'autre part de consolider notre propre conception du champ d'intervention du domaine centrée principalement sur la **réadaptation physique et fonctionnelle.**

Les enjeux d'un tel document sont également liés à l'engagement historique et fondateur de l'association, engagement renouvelé dès l'élaboration de sa première stratégie fédérale[3] et soutenu par de nombreux référentiels internationaux écrits et chiffrés.
La plupart des projets mis en œuvre depuis plus de 30 ans par Handicap International dans le cadre de ses programmes incluent des activités de réadaptation physique et fonctionnelle dont la diversité complexifie un peu plus l'exercice consistant à définir le contour du domaine :

- activités visant à l'émergence de services ordinaires, spécifiques ou supports[4], publiques ou privés, pouvant délivrer une grande variété de prestations en réadaptation physique et fonctionnelle pour des personnes présentant des déficiences et des incapacités temporaires ou durables, congénitales ou acquises (accidentologie, maladies transmissibles ou non, chroniques ou non…),
- prestations nécessitant une diversité de professionnels formés et compétents,
- activités déclinées à différents niveaux (local, régional, national) et dans différents contextes d'intervention (urgence, reconstruction, développement).

Ce document présente les enjeux, grands principes et recommandations propres à la réadaptation physique et fonctionnelle pour Handicap International. Il pose avant tout le cadre global à l'intérieur duquel sont déclinés les éléments théoriques constitutifs du domaine « Services de Réadaptation » : l'objectif premier est d'assurer la cohérence entre le mandat de l'association et la mise en œuvre dans les programmes de projets se rattachant au champ d'intervention du domaine.
L'objectif secondaire est de formaliser l'appropriation de référentiels externes et d'en proposer une déclinaison en interne.

## Quels sont les principaux destinataires de ce document ?

Ce document cadre du domaine « Services de Réadaptation » cible avant tout un public interne et en responsabilité stratégique, c'est-à-dire Responsables et Directeurs de Programmes, Référents et Coordinateurs Techniques.
Sa déclinaison résumée (brief du document cadre) pourra cependant être présentée et partagée avec nos partenaires opérationnels, organisations internationales et non gouvernementales (ONG) paires.
Il est attendu que les lecteurs de ce document aient une connaissance relativement avertie de deux autres documents essentiels :

- Le guide méthodologique « L'accès aux services pour les personnes handicapées », Handicap International, 2010,
- Le Rapport mondial sur le handicap, notamment sa version courte et plus particulièrement le chapitre 4 : La Réadaptation, Organisation mondiale de la Santé, 2011.



## Pourquoi Handicap International se positionne-t-elle sur la réadaptation physique et fonctionnelle ?

**Les besoins et la demande en réadaptation physique et fonctionnelle sont énormes**
De nombreux chiffres et observations, même si encore insuffisants, en témoignent, notamment :

- L'OMS[5] estime que « plus d'un milliard de personnes vivent un handicap sous une forme ou une autre », soit environ 15 % de la population mondiale.
- Le besoin en prothèses et orthèses, et en services de réadaptation connexes dans les pays en développement, est estimé à 0,5% de toute population donnée[6]. L'OMS estime que 10% de la population de personnes handicapées dans le monde a besoin d'un fauteuil roulant[7], soit 1,5% de toute population.
- Il est largement admis que les besoins de ces 105 millions de personnes ne sont pas satisfaits de manière adéquate. Le Guide de RBC de l'Organisation mondiale de la Santé souligne que « dans de nombreux États à faible et moyen revenus, seuls 5 à 15 % des personnes qui ont besoin de technologies d'assistance y ont accès. Dans ces pays, la production est faible et souvent de mauvaise qualité ; il existe peu de personnel qualifié et les coûts peuvent être prohibitifs »[8].
- En Afrique, on compte en moyenne deux millions de personnes pour une unité de production en appareillage[9].
- Les défis d'une population vieillissante, l'incidence et la prévalence croissantes des maladies invalidantes, non transmissibles et chroniques, et les effets invalidants de la violence et des traumatismes sont énormes. Alors que le besoin en soins de santé de qualité est généralement bien compris, il existe de dramatiques restrictions concernant la disponibilité des services de soins post-aigus.

L'enjeu du domaine est de s'emparer de ces besoins et demandes en réadaptation physique et fonctionnelle pour y répondre de façon spécifique et dans une approche globale :
« La réadaptation peut contribuer à réduire la pauvreté en améliorant la mobilité, les possibilités d'activités et la participation. Il est prouvé que les difficultés de mobilité liées à l'âge et à la santé peuvent être réduites et la qualité de vie améliorée avec de la

réadaptation. Le manque d'accès à des services de réadaptation peut augmenter les effets et les conséquences de la maladie ou de blessures ; retarde la sortie de l'hôpital ; limite les activités ; restreint la participation ; provoque une détérioration de la santé ; diminue la qualité de vie et augmente l'usage des services de santé et de réadaptation »[10].

**La réadaptation liée à la santé forme le cœur de compétence historique de Handicap International**

En 1980, c'est en Thaïlande que deux médecins français ont créé l'association dont la première mission a été de venir en aide aux réfugiés cambodgiens vivant dans les camps le long de la frontière entre les deux pays. Les premiers services d'appareillage ont vu le jour à cette époque. Les matériaux utilisés, simples et disponibles sur place, ont été les atouts permettant à l'association d'apporter une aide à la fois immédiate, concrète et efficace, et de former des équipes locales compétentes : d'abord techniciens appareilleurs, puis rééducateurs et kinésithérapeutes.

Cette démarche centrée sur la réadaptation physique et fonctionnelle s'est ensuite élargie pour considérer la réadaptation au sens large, incluant la dimension sociale de la personne pour une prise en charge plus globale, aboutissant à la formalisation des autres champs techniques d'intervention de Handicap International au niveau des programmes et du siège.



**La réadaptation reste posée parmi les priorités de Handicap International dans sa stratégie fédérale 2011-2015[11]**

- « L'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les situations de reconstruction et de développement ».
- Le « soutien [à] l'émergence des filières professionnelles de réadaptation et [à] la formation locale des professionnels ».
- Le plaidoyer « auprès des institutions et des bailleurs de fonds, pour qu'ils assument leur responsabilité de fournir les ressources indispensables [pour la réadaptation] ».

**Structuration du document**

Ce document est constitué de deux grandes parties.

- La première partie présente les éléments théoriques constitutifs du domaine « Services de Réadaptation » : principes, modèles, approches ou contextes nécessaires à la conception d'une stratégie projet en réadaptation physique et fonctionnelle.
- La seconde partie propose un cadre plus opérationnel à l'intérieur duquel sont déclinés les différents éléments théoriques. L'objectif est de guider le choix et aider à la prise de décision concernant les actions à entreprendre dans le champ de la réadaptation physique et fonctionnelle.

Pour conclure, le document présente les différentes thématiques relevant du domaine ayant ou pouvant faire l'objet d'un document de référence.

Par les recommandations qu'il pose, ce document engage le domaine « Services de Réadaptation » et donc Handicap International chaque fois qu'il est question de développer un projet en réadaptation physique et fonctionnelle. Il est donc essentiel de circonscrire le champ d'intervention du domaine et les stratégies projets qui en découleront en lien avec les grands principes d'intervention définis par l'association.

Népal, 2012

# 1. Principes et repères


1.1 PRINCIPES D'INTERVENTION 12

1.2 L'OBJET 15

1.3 LA DÉMARCHE ET LES MODÈLES 18

1.3.1 Les modèles d'analyse 19

1.3.2 Le processus de réadaptation 21

1.4 DE L'INDIVIDU AU SYSTÈME 22

1.4.1 Le cycle « de l'identification au suivi » 22

1.4.2 L'approche sectorielle 24

1.4.3 L'approche intersectorielle 26

1.5 LE CONTEXTE 28

1.5.1 De l'urgence au développement 28

1.5.2 L'analyse situationnelle 30

1.6 EN RÉSUMÉ 31


L'objet de ce chapitre est de présenter les éléments théoriques constitutifs du domaine « Services de Réadaptation ». Si les orientations définies par la Fédération Handicap International posent le cadre à l'intérieur duquel le domaine développe ses activités, les différents principes, modèles ou approches développés ci-après constituent les clés permettant d'élaborer une stratégie projet en réadaptation physique et fonctionnelle en adéquation avec son champ d'intervention.

# 1.1 Principes d'intervention

La conception de tout projet accompagné par Handicap International doit respecter les valeurs portées par l'association et s'inscrire dans le cadre des priorités stratégiques qu'elle pose.
Dans la mesure où ces principes sont déclinés tout au long du document, il nous a semblé cohérent de les présenter en première intention.
Les principes exposés ci-après sont extraits des documents fondateurs de Handicap International[12] et ont été validés par le Conseil d'Administration en février 2010.

En préambule, considérant l'élaboration d'un projet en réadaptation physique et fonctionnelle, il est nécessaire de préciser que sa conception devra s'inscrire dans le cadre du champ d'intervention du domaine « Services de Réadaptation » (voir **1.6** En résumé).

Les projets accompagnés par le domaine « Services de Réadaptation » doivent suivre plusieurs principes.

### Principes relatifs aux bénéficiaires et aux niveaux d'intervention

- Viser un impact positif le plus large possible et mesurable sur les conditions de vie des bénéficiaires finaux (voir **2.2.2** Prestation de services / Recommandations & **2.3.2** Les métiers portés par le domaine).
- S'adresser en priorité aux individus les plus fragiles et les plus exposés aux risques, et aux victimes de discrimination et d'exclusion, notamment concernant les questions de genre[13], d'enfance et de grand âge.
- Favoriser la participation des bénéficiaires, de leurs familles et communautés, ainsi que les dynamiques de solidarités communautaires (voir **1.3.2** Le processus de réadaptation).
- Se centrer en premier lieu au niveau local et à celui des services (voir **2.2** Les niveaux d'intervention).

### Principes relatifs aux modes d'intervention

- Rechercher la mise en œuvre de solutions contextualisées et réalistes (voir **1.4.1** Le cycle « de l'identification au suivi » & **2.3.4** Carences en ressources humaines).
- Tenir compte des enjeux de contiguum Urgence-Reconstruction-Développement en s'adaptant aux contraintes de chaque situation selon le principe de différenciation opérationnelle (voir **1.5** Le contexte).

### Principes relatifs à la coordination, au partenariat et à la pérennité

- Chercher à coordonner les activités avec les acteurs impliqués sur les plans local, national et international (voir **1.4** De l'individu au système & **2.2** Les niveaux d'intervention).
- Chercher à formaliser des partenariats, gage de pérennité des processus engagés (voir **1.4** De l'individu au système & **2.2** Les niveaux d'intervention).
- Envisager une stratégie de sortie dès la conception du projet (voir **1.5.2** L'analyse situationnelle).

### Principes relatifs à la démarche qualité et à l'impact

- Viser la qualité par l'élaboration d'un diagnostic des demandes et besoins, et de leur priorisation selon l'environnement et les acteurs en présence ; par la mobilisation des moyens adéquats, le choix des approches opérationnelles, le management des connaissances et la

proximité avec les bénéficiaires (voir **1.5.2** Analyse situationnelle).
- Évaluer les projets afin d'objectiver les résultats et, au-delà, de mesurer l'impact sur les bénéficiaires finaux (voir **2.2.5** Réseau et plaidoyer).

### Principes relatifs aux cadres conceptuels : approches, références et outils méthodologiques

- Promouvoir une compréhension globale du handicap par l'utilisation du modèle du Processus de Production du Handicap (voir **1.3.1** Les modèles d'analyse).
- Porter à la connaissance des interlocuteurs et partenaires les approches, référentiels et standards utilisés.

### Principes relatifs à l'usage du droit

- Se référer aux instruments conventionnels de portée universelle relatifs aux droits de l'Homme et aux éléments du droit international humanitaire pour appuyer leurs actions, tout en tenant compte des droits et coutumes du pays d'intervention.
- Respecter et promouvoir la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH), et notamment les articles 11 et 32[14].

### Principes relatifs au témoignage et au plaidoyer

- Servir à enrichir l'expérience de terrain de l'association utilisée pour légitimer les actions de plaidoyer (voir **2.2.5** Réseau et plaidoyer).

### Principes relatifs à l'impartialité

- Engager l'association en toute circonstance aux côtés des populations bénéficiaires, sans participation aux rapports de forces politiques existants.
- Envisager l'aide attribuée sans discrimination et sans autre considération que les besoins des personnes affectées, quelles que soient leur origine et leur appartenance.

### Principes relatifs à la responsabilité et à la transparence

- Respecter les principes de « ne pas nuire » (mesurer les conséquences des actes posés et ne pas porter préjudice) et « ne rien négliger » (rechercher et mobiliser les moyens adéquats disponibles).
- Faire remonter les informations afin qu'elles soient transmises aux différentes parties prenantes des actions développées : les bénéficiaires, les autorités des pays d'intervention, l'opinion publique, les donateurs et sympathisants ainsi que les soutiens professionnels et institutionnels (voir **2.2.5** Réseau et plaidoyer).

La combinaison de ces grands principes a permis d'élaborer un certain nombre d'approches transversales à croiser pour définir la « carte d'identité » du projet accompagné par le domaine « Services de Réadaptation ».

### Une approche inclusive du handicap

- **Objectif :** favoriser la prise en compte du handicap quel qu'il soit afin d'obtenir l'égalité de l'accès aux opportunités, des chances et des droits pour les personnes handicapées dans leur société (CRDPH).

### Une approche participative centrée sur l'usager des services[15] : déclinaison de l'approche inclusive

- **Objectif :** placer les usagers des services au cœur de la prise de décision les concernant, en développant et facilitant les liens entre eux et les prestataires de services et tout autre acteur concerné par l'environnement de la personne. Cette approche doit se décliner au niveau de l'individu lui-même en tant qu'utilisateur et/ou du prestataire de services (micro), au niveau de leurs interactions, en l'occurrence de la prestation de services (méso) dans un contexte plus ou moins large influençant la nature de ces interactions (macro).

### Une approche non discriminante

- **Objectif :** se soucier des personnes les plus vulnérables afin de rétablir l'égalité des chances par l'accès aux prestations de réadaptation physique et fonctionnelle, sans discrimination et sans autre considération que leurs besoins, quelles que soient leur origine et leur appartenance sociale, culturelle, religieuse ou ethnique.
  Sont concernées les minorités, les catégories sociales les plus pauvres, les enfants, les personnes âgées et celles vivant avec le VIH. Une attention particulière est portée sur le genre par l'intermédiaire de l'accès aux services, aux formations et à l'emploi pour les femmes[16].
  Sont également concernées les populations isolées, qu'elles se trouvent en zone urbaine ou rurale, par la promotion d'une **approche à base communautaire**[17] recherchant l'accès à des activités de réadaptation de proximité, et facilitant l'orientation vers des services de réadaptation plus spécialisés.

# 1.2 L'objet

**La réadaptation** est « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap [faisant suite à l'existence de déficiences, quel que soit le moment où elles sont apparues (congénitales, précoces ou tardives)] à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement »[18].

Cette définition correspond à un processus global qui participe à la promotion de la santé[19] et qui détermine la plupart des projets mis en place par Handicap International. Il est donc nécessaire d'en affiner le contour afin qu'elle corresponde de manière ciblée aux actions développées dans le cadre des projets accompagnés par le domaine « Services de Réadaptation ».

- Il est précisé dans la définition de l'OMS que **l'individu dans son environnement** est le centre du processus de réadaptation.
  Par individu il faut entendre la personne « présentant ou susceptible de présenter un handicap » mais également son entourage proche qui peut être accompagné pour devenir acteur de la démarche de réadaptation et profiter des résultats obtenus.

Dans son champ d'intervention, le domaine « Services de Réadaptation » promeut des actions où l'individu et son entourage proche sont au centre du processus de réadaptation et non des actions de niveau universel (exemple : accessibilité universelle).

- Dans le rapport de l'OMS[20], les mesures de réadaptation sont déclinées en médecine de réadaptation et en thérapie.

  « **La médecine de réadaptation** vise à améliorer le **niveau fonctionnel** d'un individu par **le diagnostic et le traitement** [médical] de ses problèmes de santé, à réduire ses déficiences et à prévenir ou traiter les complications. (...) La médecine de réadaptation peut aussi faire intervenir (...) un large éventail de thérapeutes (kinésithérapeutes[21], ergothérapeutes, orthophonistes[22]...) ».

  La thérapie que nous appellerons **réadaptation physique et fonctionnelle** « vise à **rétablir [le fonctionnement optimal] ou à compenser la perte fonctionnelle**, ainsi qu'à **prévenir ou ralentir la dégradation fonctionnelle** dans tous les aspects de la vie d'une personne.
  (...)
  Les mesures de rééducation fonctionnelle englobent :
  - des mouvements, des exercices et des stratégies de compensation,
  - des mesures éducatives,
  - du soutien et des conseils [à l'individu et à son entourage proche],
  - des aménagements de l'environnement,
  - la mise à disposition de ressources et d'aides techniques » (appareillage, aides à la mobilité, aides à la vie quotidienne et à la communication).

Pour ce faire, les techniques et méthodes de réadaptation physique et fonctionnelle sont variées, réalisées en séances individuelles ou collectives, dans des espaces adaptés et équipés ou dans l'espace de vie de la personne.

Dans son champ d'intervention, le domaine « Services de Réadaptation » développe essentiellement des actions centrées sur la réadaptation physique et fonctionnelle. Centrer les actions sur la médecine de réadaptation est surtout envisagée :

- comme un levier pour faciliter le développement et la coordination d'actions de réadaptation physique et fonctionnelle (voir **2.3.2** Les métiers portés par le domaine).
- quand elle constitue un préalable indispensable aux activités de réadaptation physique et fonctionnelle (exemple : traitement du pied bot par la méthode Ponseti).



- « Par **personnes handicapées** on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles **durables** dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »[23].
  Plutôt qu'incapacités mentales ou intellectuelles, Handicap International a choisi de parler d'incapacités psychiques et de déficiences et incapacités intellectuelles[24]. Si dans l'histoire de l'association un certain nombre de projets de réadaptation a ciblé les incapacités psychiques (Égypte, Roumanie, Somaliland dans les années 90) et actuellement les déficiences et incapacités intellectuelles (Kenya), ces problématiques ne constituent pas aujourd'hui une thématique relevant du domaine « Services de Réadaptation », elles doivent être coordonnées par le domaine « Prévention et Santé ».
  En revanche, la démarche de réadaptation (voir **1.3** La démarche et les modèles) visant à considérer la personne dans sa globalité, il est inapproprié d'envisager l'existence d'incapacités psychiques et intellectuelles **associées** comme un critère d'exclusion à la mise en place de projets en réadaptation physique et fonctionnelle. Elles doivent être prises en compte quand elles sont repérées et faire l'objet d'un référencement chaque fois que c'est possible.
  S'il n'existe pas de structures à même de prendre en charge ce type d'incapacités, le projet doit inclure des actions au niveau communautaire visant la sensibilisation à cette thématique et l'émergence de compétences pour une prise en charge élémentaire (voir **2.3.4** Carences en ressources humaines).

  La CRDPH définit la personne handicapée comme présentant des déficiences et incapacités durables.
  Il est essentiel que la réadaptation physique et fonctionnelle prenne également en charge les personnes présentant des déficiences et incapacités **temporaires**, parce qu'elle peut permettre une récupération complète mais aussi parce qu'elle évite de transformer une incapacité temporaire en incapacité durable (prévention).
  Il est important de noter que si une déficience ou incapacité quelle qu'elle soit peut être prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle dans un service, le « centre de gravité » de l'intervention devra à terme être positionné au niveau de l'usager et de son entourage proche, dans sa communauté, quand il s'agit d'une incapacité durable. En effet, l'intervention devra viser un processus de long terme fait d'ajustement des habitudes de vie pour un

fonctionnement et une participation optimale de la personne, ce qui ne peut se faire que dans son propre environnement (voir **2.2** Les niveaux d'intervention).

Dans son champ d'intervention, le domaine « Services de Réadaptation » promeut essentiellement des actions centrées sur la prévention et la prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle des personnes présentant des déficiences et des incapacités physiques et/ou sensorielles, qu'elles soient temporaires ou durables.

# 1.3 La démarche et les modèles

La mise en place d'une démarche de réadaptation physique et fonctionnelle suppose l'existence ou le risque d'apparition d'un handicap issu de déficiences et d'incapacités. Leur analyse permettra de déterminer une conduite à tenir (thérapie) visant le fonctionnement optimal (autonomie) pour une meilleure participation de la personne aux activités de la vie quotidienne et sociale.

La recherche d'un fonctionnement optimal suppose d'intervenir sur les incapacités et les déficiences afin d'enclencher un processus de récupération complet ou partiel, ce dernier visant l'adaptation et la compensation.

Quel que soit le résultat attendu et considérant que les déficiences et incapacités initiales peuvent être à l'origine de **complications**, l'objectif de la réadaptation physique et fonctionnelle est également **préventif**.

Toutefois, définir une conduite à tenir (stratégie d'intervention) suppose une compréhension de la situation de handicap qui combine les déficiences et incapacités avec les facteurs environnementaux et habitudes de vie de la personne.
L'analyse tient compte de la compétence propre à chaque professionnel mais aussi du point de vue de la personne et de son entourage proche.
C'est à partir de cette analyse que pourra s'enclencher le processus de réadaptation, fait de choix concertés, de priorisations et de réajustements.

# 1.3.1

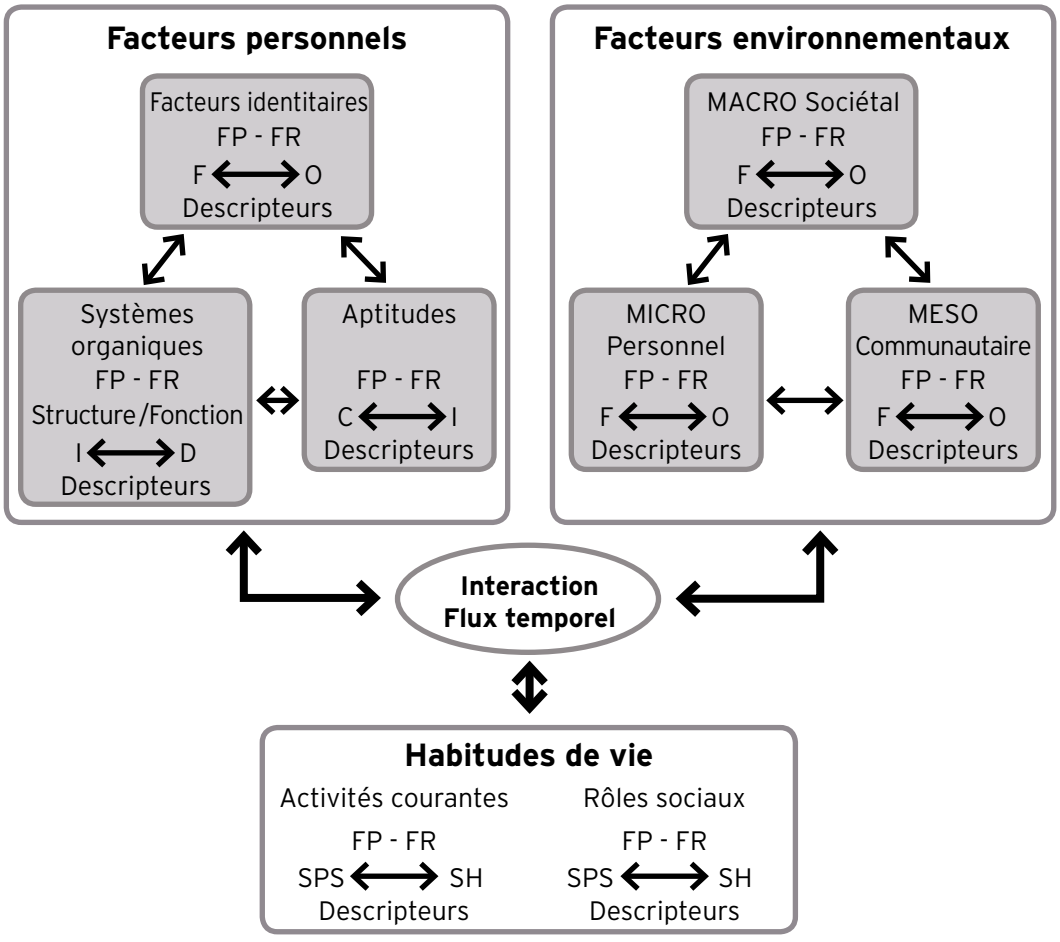
## Les modèles d'analyse

Deux modèles de compréhension du handicap, d'analyse de la situation, d'élaboration du projet et d'évaluation des résultats sont préconisés par le domaine « Services de Réadaptation ».

### Le Processus de Production du Handicap (PPH)

Il s'agit d'un modèle d'analyse centré sur les **interactions** entre les facteurs personnels (dont la santé), environnementaux et les habitudes de vie, chacun des trois facteurs étant considéré au même niveau d'importance. Cette analyse des interactions favorise la compréhension de la situation globale de la personne (modèle social).

**Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2)**

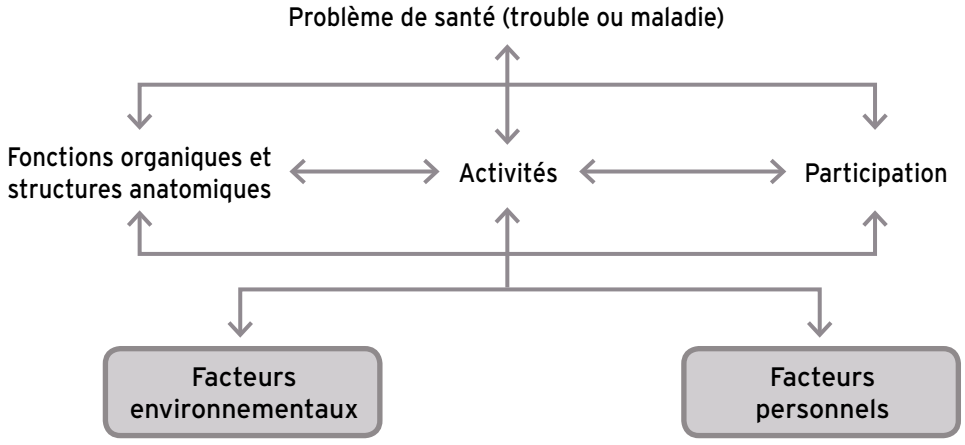



© P. Fougeyrollas, 2010, www.ripph.qc.ca

**Légende**
FP - FR : Facteur protecteur - Facteur de risque
F ⟷ O : Facilitateur ⟷ Obstacle
I ⟷ D : Intégrité ⟷ Déficience
C ⟷ I : Capacité ⟷ Incapacité
SPS ⟷ SH : Situation de participation sociale ⟷ Situation de handicap

### La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

Il s'agit d'un modèle centré sur les performances de l'individu (activités réalisées dans le cadre de vie habituel) qui détermine un lien de cause à effet entre ces performances et la participation sociale de la personne.
L'OMS recommande l'utilisation de ce modèle comme standard international de description et d'évaluation en santé.




© OMS, CIF, Publication hors série, 2001



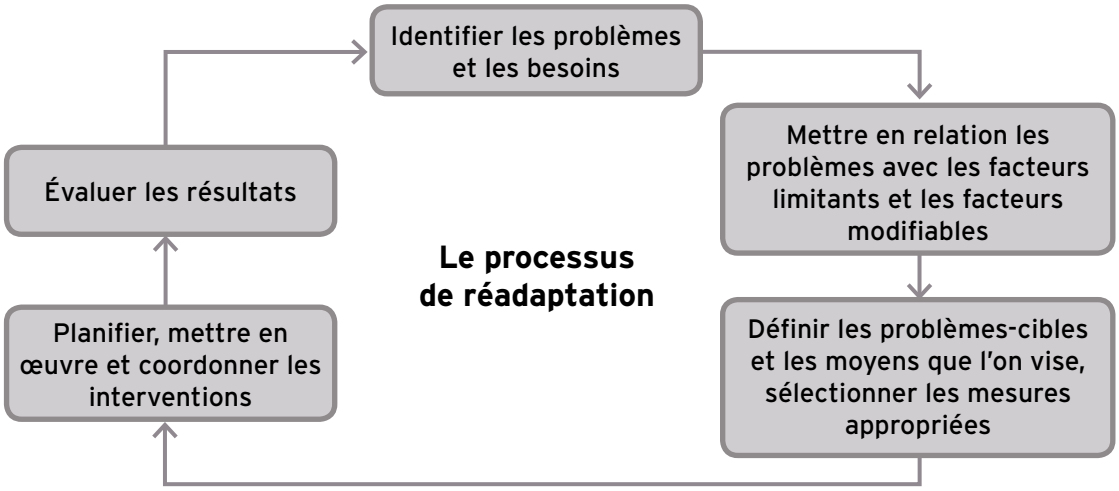
Selon Handicap International, « notre compréhension globale du handicap s'appuie sur le modèle originel du Processus de Production du Handicap (PPH) »[25] que le domaine s'approprie et recommande comme outil d'analyse au sein des actions qu'il promeut.

Toutefois, considérant que « la comparaison de multiples sources de données peut aboutir à des interprétations plus solides si un référentiel commun tel que la CIF est utilisé »[26], le domaine recommande l'utilisation de la CIF lorsqu'il s'agit de communiquer en externe à l'association et particulièrement dans le cadre d'une recherche.

# 1.3.2

## Le processus de réadaptation

L'utilisation d'un modèle d'analyse permet de construire une stratégie d'intervention argumentée et justifiée. Cette stratégie est formalisée par un cycle d'actions qui part de l'identification des problèmes et de leur analyse pour planifier ensuite une intervention et l'évaluer afin de réajuster si nécessaire la stratégie initiale.




© OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, p. 108, 2011

### Les différents temps du processus de réadaptation

À partir de l'utilisation d'un modèle d'analyse, de l'écoute et de l'identification des demandes de la personne et de son entourage, ainsi que de leurs besoins implicites :

- Analyse et évaluation des facteurs personnels et environnementaux, facteurs facilitateurs, ressources ou obstacles.
- Avec la personne et son entourage proche, élaboration d'un projet d'intervention par une équipe pluridisciplinaire.
- Mise en œuvre sous forme de prise en charge et conseils par un ou plusieurs professionnels de la réadaptation et, selon la situation, apprentissage de l'auto prise en charge ou de la prise en charge par l'entourage proche[27].
  Il est important de noter que « plus la réadaptation commence tôt, plus elle permet d'atteindre de meilleurs résultats fonctionnels »[28].
- Suivi et évaluation des résultats en termes d'habitudes de vie et de participation sociale (fonctionnement optimal).
- Réajustements si nécessaire (continuum de prise en charge).

# 1.4 De l'individu au système

## 1.4.1

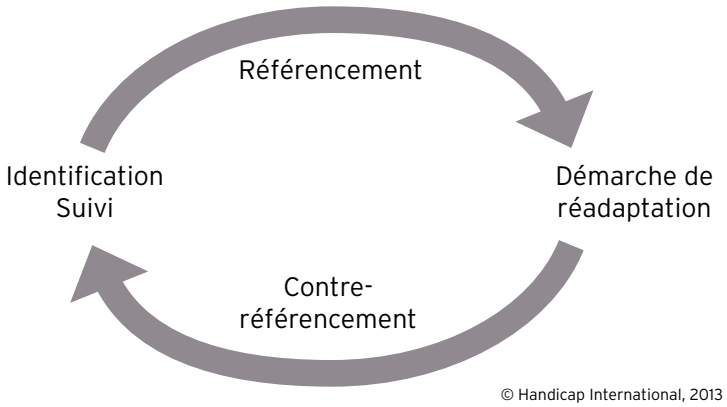
### Le cycle « de l'identification au suivi »

La mise en place d'une démarche de réadaptation physique et fonctionnelle suppose l'existence ou le risque d'apparition de déficiences et incapacités **repérées.**

**Dans les contextes bien dotés en ressources humaines compétentes** et dans lesquels l'éducation à la santé est bien disséminée, le repérage ou **l'identification** peut se faire soit suite à une sollicitation ou à une plainte de l'individu lui-même auprès de son médecin, soit au travers de dépistages systématiques (santé maternelle et infantile, petite enfance, scolaire…).

Dans tous les cas, le médecin élabore son diagnostic médical et/ou réfère à un spécialiste (médecin de réadaptation), puis produit une prescription médicale de prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle en identifiant le type de professionnels concernés, prescription qui tient lieu de **référencement**.
Au cours de l'intervention en réadaptation ou une fois celle-ci réalisée, l'individu retourne généralement vers son médecin qui effectue un **suivi** et définit l'éventuelle nécessité d'une prise en charge complémentaire.
**Remarque :** selon les contextes, certains professionnels de la réadaptation sont habilités à élaborer des actes de diagnostic, de prise en charge et de suivi sans nécessité de faire intervenir un médecin.

**De l'identification au suivi**




© Handicap International, 2013

**Dans les contextes pauvres en ressources humaines** ou plus démunis en compétences dans lesquels la compréhension des problèmes de santé par la population est limitée, chaque étape du cycle « identification / référencement / intervention / suivi » peut être un obstacle au bon déroulement de la démarche de réadaptation physique et fonctionnelle :

- La personne a-t-elle les moyens de repérer l'existence d'un problème ?
- Existe-t-il des professionnels de proximité susceptibles de repérer le problème ?
- Si ces derniers existent, sont-ils capables de différencier un problème mineur pouvant trouver sa solution au niveau local, d'un problème plus complexe, avec risque de dégradation, nécessitant un référencement ?

- Existe-t-il un service en proximité ou éloigné dans lequel une prestation de réadaptation physique et fonctionnelle pourra être délivrée par des professionnels compétents pour gérer ce problème ?
- La personne a-t-elle connaissance de l'existence d'un service susceptible de répondre à son problème et a-t-elle les moyens d'y accéder ?
- La personne aura-t-elle compris la nécessité et aura-t-elle les moyens de revenir pour un suivi de son problème ?
- Dans le cas contraire, un suivi est-il possible au niveau communautaire ?

Dans les contextes pauvres en moyens et/ou en ressources humaines compétentes, « nous recherchons la mise en œuvre de solutions contextualisées et réalistes. Refusant les démarches stéréotypées, nous analysons les spécificités d'une situation pour identifier, dans le champ du possible, les actions et le mode opératoire les mieux adaptés »[29].
Ainsi, toute action visant à développer des activités en réadaptation doit préalablement analyser chacun des aspects constituant le cycle « de l'identification au suivi » et déterminer le type et le niveau de prestation selon qu'il existe un service et des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle.
Identifier des besoins auxquels on ne peut pas répondre en l'état n'est pertinent que dans la mesure où leur prévalence et leur incidence justifient la mise en place d'un projet de réadaptation dont la faisabilité devra être étudiée (compétences, locaux, équipement…).

# 1.4.2

## L'approche sectorielle

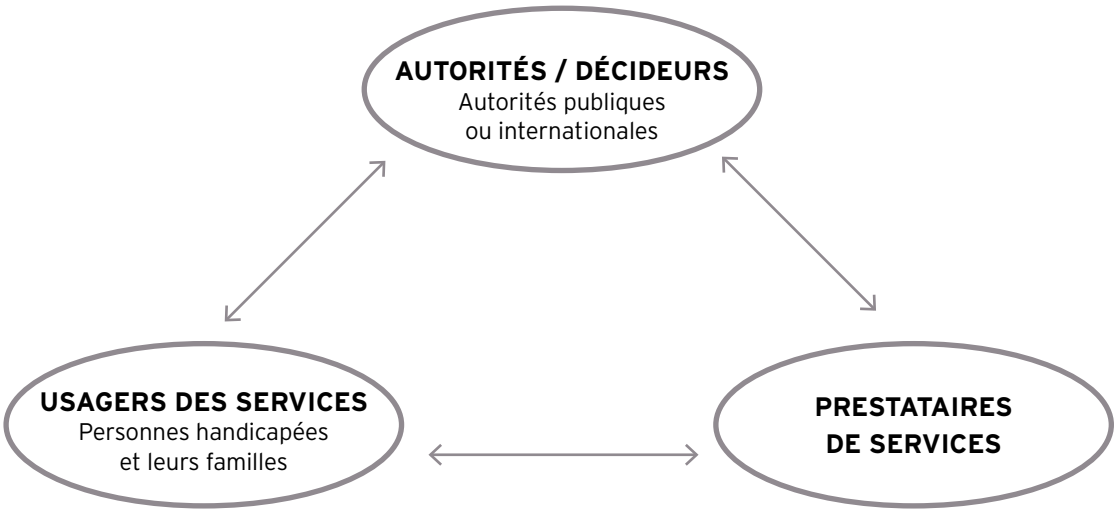
Comme expliqué précédemment, la réadaptation physique et fonctionnelle est un dispositif centré sur la personne et son entourage proche.

Pour que la prestation de réadaptation existe, nous avons vu qu'il était nécessaire que des compétences soient disponibles et qu'elles puissent s'exercer dans une structure ou service. Pour que cette prestation de réadaptation soit appropriée et qu'elle soit durable, il faut que ces compétences soient suffisantes, formées et pérennes[30] et qu'elles puissent s'exercer dans des structures accessibles et viables[31]. Ainsi, tout dispositif de réadaptation à mettre en place et visant une prestation pérenne et de qualité auprès des personnes doit également prendre en considération le **système de réadaptation** dans lequel il s'inscrit.

Ce système comprend notamment les politiques mises en œuvre, les différentes organisations, institutions et ressources du secteur, lesquelles sont responsables entre autres de la mise à disposition de ressources humaines et du fonctionnement des services de réadaptation (voir **2.2.3** Système : politiques sectorielles).
Une action en réadaptation trouve sa légitimité par le simple fait de l'intervention bien conduite auprès de la personne et de son entourage proche (bénéficiaires directs). Rechercher sa durabilité et sa reproductibilité en œuvrant au niveau du système étendra son impact[32]. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en lien et d'accompagner les différents acteurs du secteur impliqués dans la mise en place d'un dispositif de réadaptation (bénéficiaires indirects).

Ainsi, cette approche sectorielle doit permettre d'intervenir auprès de tous les acteurs considérés comme bénéficiaires directs ou indirects des interventions du domaine « Services de Réadaptation ».

**Acteurs clés dans la prestation de service pour les personnes handicapées**




© Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, 2010, p. 19

Au-delà du dispositif de réadaptation physique et fonctionnelle proprement dit, l'intervention auprès de l'usager et de son entourage proche doit favoriser leur participation aux processus de décision (voir schéma). Cette démarche de renforcement de capacité vise la prise de parole avisée pour :

- participer à l'élaboration et au suivi des projets individuels qui ne doivent pas être imposés aux usagers : favoriser l'échange entre pairs pour s'appuyer sur l'expérience des autres (*peer to peer*),
- se faire entendre à propos de la qualité des prestations de service : favoriser la constitution et l'expression de groupes d'usagers,
- revendiquer la continuité de services et sa pérennité auprès des décideurs : mobiliser et accompagner les organisations de personnes handicapées (OPH). Il ne s'agit cependant pas d'une démarche liée au domaine « Services de Réadaptation » mais contenue dans tout projet développé par Handicap International et portée par le domaine « Soutien à la Société Civile »[33].

Cette démarche n'étant pas propre au domaine, elle n'est donc pas déclinée dans ce document. Il doit cependant être entendu qu'un certain nombre d'activités centrées sur la mobilisation communautaire et le renforcement de capacité des usagers des services peuvent être inclues dans un projet développé en réadaptation physique et fonctionnelle.

L'approche sectorielle doit également favoriser l'identification de responsables mandatés pour se préoccuper :

- de la sélection et du développement de prestations de service en réadaptation de qualité,
- du financement de ces prestations,
- de la mise en place de mécanismes de régulation tels que la coordination des acteurs et la construction d'un processus de standardisation, notamment par l'élaboration d'une politique ou programme national(e) de réadaptation.

« Pour améliorer l'accès à la réadaptation, il est essentiel d'élaborer des plans nationaux de réadaptation ou de réviser ceux qui existent, et de mettre en place les infrastructures et les capacités nécessaires à leur déploiement. Ces plans doivent s'appuyer sur un état des lieux de la situation actuelle, prendre en compte les principaux aspects de la réadaptation, c'est-à-dire le leadership, le financement, l'information, la prestation des services, les produits et les technologies, et le personnel chargé de la réadaptation, et définir les priorités en fonction des besoins locaux »[34].

Considérant qu'une telle démarche ne peut vraisemblablement pas aboutir à courte échéance, l'élaboration d'un **projet en réadaptation physique et fonctionnelle** doit s'inscrire dans une stratégie plus vaste et de long terme formalisée par un **programme ou plan national de réadaptation**[35] à l'intérieur duquel le projet porté par Handicap International trouvera son sens (voir **2.2.3** Système : politiques sectorielles).

# 1.4.3

## L'approche intersectorielle

La réadaptation physique et fonctionnelle n'est pas une démarche isolée, elle constitue un maillon du processus d'accompagnement global d'une personne handicapée.
Elle s'inscrit dans une complémentarité avec d'autres secteurs à la recherche d'une continuité de prestations au regard des demandes et des besoins des personnes. Pour ce faire, il est nécessaire que les acteurs soient interconnectés, complémentaires et qu'ils collaborent entre eux.
Si elle est bien coordonnée, cette complémentarité est un gage de qualité visant une participation sociale « optimale ».

Il existe une logique de continuité de service entre les **dispositifs de santé** et de réadaptation physique et fonctionnelle illustrée par le cycle du référencement / contre-référencement que nous avons déjà présenté. Le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle faisant partie intégrante du système de santé, un **lien privilégié et prioritaire** est à construire ou à renforcer afin de favoriser notamment la prévention et la détection précoce des déficiences congénitales ou acquises menant au handicap :

- au niveau de la coordination du processus de réadaptation médicale et sociale pilotée par un médecin qui, quand il existe, doit être sensibilisé à la thématique et être compétent.
- au niveau hospitalier et notamment en postopératoire (exemple : accidentologie) par l'intervention précoce de kinésithérapeutes notamment. D'une manière générale, la présence de chirurgiens dans une structure de santé doit se compléter par l'existence d'un plateau technique de réadaptation physique et fonctionnelle.
- au niveau de la protection maternelle et infantile :
  - par la formation des professionnels de santé aux bons gestes techniques afin de prévenir et/ou prendre en charge rapidement les problèmes liés à l'accouchement (paralysie obstétricale du plexus brachial…).
  - par la détection de pathologies concernant la mère et l'enfant pouvant faire l'objet d'un référencement précoce vers des structures de réadaptation physique et fonctionnelle (fistules obstétricales, malformations congénitales, retards de développement psychomoteur…).
- au niveau de la prise en charge de certaines maladies, transmissibles ou non, chroniques ou non, qui relèvent d'abord de la santé mais qui nécessitent parfois un accompagnement ciblé en réadaptation physique et fonctionnelle afin de prévenir ou de réduire les conséquences en termes de déficiences et d'incapacités (diabète, maladies cardiovasculaires ou respiratoires, Sida, ulcère de Buruli…).

L'association des actions en réadaptation physique et fonctionnelle et en **accompagnement socio-économique et éducatif** permet de renforcer la participation de la personne présentant des déficiences et des incapacités. Le bénéfice d'une prestation de réadaptation se trouvera renforcé si l'usager peut profiter d'un soutien vers un retour rapide à l'éducation ou à l'emploi. À l'inverse la participation sociale à travers l'éducation et/ou l'emploi peut être favorisée quand une intervention en réadaptation physique et fonctionnelle en facilite l'accès, intervention qui dans certains cas doit être considérée comme un prérequis.
Le référencement d'une structure vers une autre est une bonne illustration de cette collaboration, il est grandement facilité par la compréhension des enjeux et prestations proposées par chacun.

Cette démarche intersectorielle transversale de mise en lien des différents acteurs doit être envisagée du niveau local jusqu'au niveau national. Le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle peut être sous tutelle du ministère de l'Action Sociale porteur d'une politique sur la prise en compte du handicap, ou sous celle du ministère de la Santé porteur d'une politique nationale de santé.
La tutelle du ministère de la Santé est particulièrement intéressante car :

- les thématiques développées en réadaptation physique et fonctionnelle (prévention, maladies chroniques…) couvrent un champ plus large que celui porté par le ministère de l'Action Sociale,
- l'inscription d'un Programme National de Réadaptation dans la politique nationale de santé favorise le continuum de prise en charge (de l'identification au suivi) : quel que soit le ministère de tutelle, un service de réadaptation doit être **intégré** dans le système de santé, du niveau primaire au niveau tertiaire, afin de favoriser ce continuum.

Considérant la mise en lien intersectorielle, il est important de noter la nécessaire implication du ministère de l'Éducation pour la formation professionnelle, du ministère du Travail quand il est question de reconnaissance d'une filière professionnelle et du ministère des Finances lors de la mise en œuvre d'un Plan National de Réadaptation.

# 1.5 Le contexte

« Nous prenons en compte les enjeux de contiguum Urgence-Reconstruction-Développement en adaptant nos modes d'action, nos activités et leur durée aux contraintes de chaque situation.
Le principe de différenciation opérationnelle permet d'adapter le mode opératoire au contexte et aux secteurs d'activités mobilisés, selon des méthodes et un management spécifiques ».[36]

## 1.5.1

### De l'urgence au développement

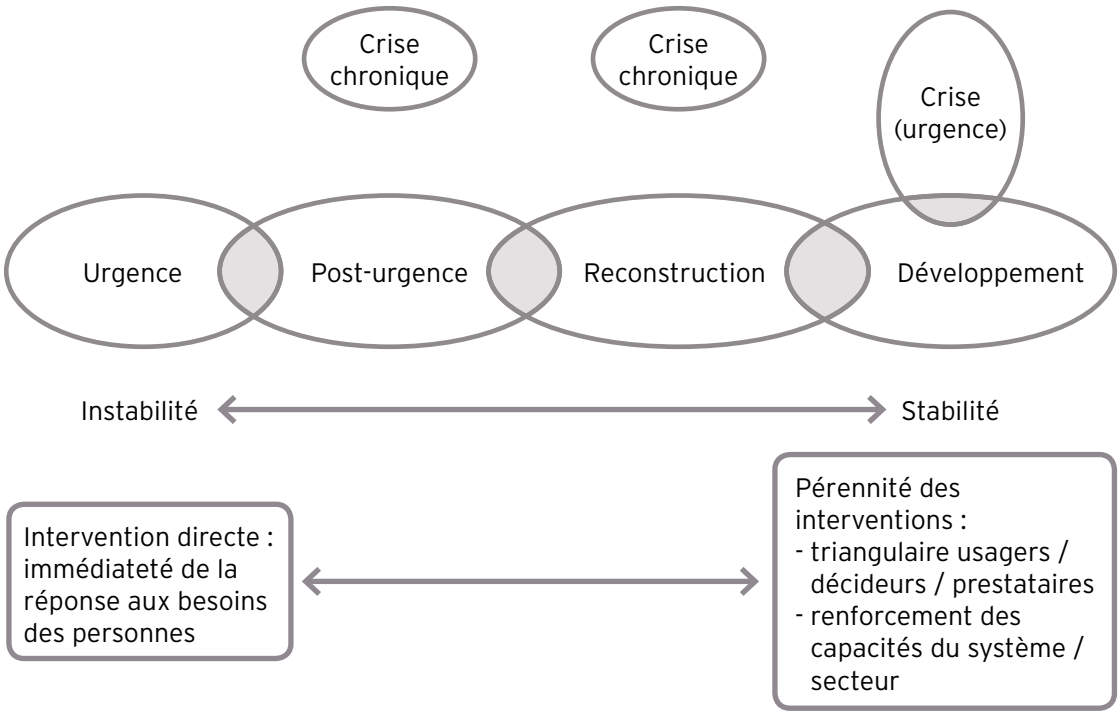
La démarche de réadaptation physique et fonctionnelle étant centrée sur l'individu, elle peut être mise en place quel que soit le contexte.
En revanche, la conception d'un projet en réadaptation devra tenir compte :

- de l'environnement des personnes, variable selon la stabilité du contexte,
- de la capacité à mobiliser des moyens localement de manière plus ou moins durable.

Handicap International a défini cinq contextes dans lesquels sont développées ses actions[37].



**Les cinq contextes d'intervention de Handicap International**




© Handicap International, 2013

Si, quel que soit le contexte, l'intervention de Handicap International s'appuie sur une mobilisation de ressources humaines locales pour développer ses projets, la logique du « faire faire » visera avant tout à démultiplier les actions pour répondre à l'importance des besoins dans un contexte d'urgence, alors que dans un contexte de développement, cette même logique aura comme objectif un transfert de compétences, ce qui engendre un temps de latence incompatible avec la nécessité d'une réponse rapide.
« Il faut bien garder à l'esprit que la finalité première de l'action d'urgence n'est pas le renforcement des partenaires locaux, mais d'abord et avant tout la réponse aux besoins des personnes vulnérables et de leurs familles affectées par la crise »[38].

Les modes opératoires entre les Directions de l'Action de Développement (DAD) et de l'Action d'Urgence (DAU) étant différenciés[39], et bien que le domaine soit particulièrement concerné par les stratégies de développement, son expertise en réadaptation peut être sollicitée par la DAU dans les contextes d'urgence et de post-urgence :

- appel à expertises croisées,
- recherche de complémentarité dans des contextes fluctuants,
- partage de savoir (renforcement des connaissances liées aux spécificités des contextes pour chaque intervenant).

Son intervention est également possible dans un contexte de reconstruction, considéré comme phase de transition. En effet, malgré la possible persistance d'activités d'urgence ou de post-urgence, les initiatives portées par les communautés seront plus systématiquement appuyées, l'installation progressive de stratégies participatives et de partenariat sera promue avec une implication de plus en plus prégnante des populations dans la conception, la mise en place et l'évaluation des actions. L'accent sera également mis sur la restauration des capacités des communautés, préparant lorsqu'un environnement stable le permettra un changement de paradigme vers les bases de la phase de développement.

Il existe un rapport entre stabilité contextuelle et pérennité des actions.
La logique d'intervention en réadaptation dans un contexte de développement s'appuie sur l'existence de partenariats visant à :

- transférer le savoir-faire de l'association vers les acteurs locaux. Ce transfert de compétences nécessite des ressources humaines identifiées et disponibles à long terme.
- mettre en place des structures ou services appropriés, accessibles et viables.

Ces deux marqueurs de pérennité essentiels mais non suffisants, ne sont envisageables que dans un contexte stabilisé.

### Contexte particulier : le camp de réfugiés

Le contexte d'un camp de réfugiés, structure artificielle par excellence, exclut la mise en place de projets de développement. Oscillant entre urgence et post-urgence, l'objectif doit garantir une réponse adaptée aux besoins de base et besoins spécifiques des populations vulnérables[40].
Toutefois, certains camps perdurent plusieurs années durant, voire des dizaines d'années (Kenya, Thaïlande…), autorisant des actions plus poussées avec une mise en place de prestations de réadaptation et de formation (reconstruction).
Considérant l'importante mobilité des populations dans ce contexte et particulièrement de celles qui ont été formées, il est indispensable d'être extrêmement vigilant en termes d'objectifs fixés dans les projets développés (un document doit être produit par le domaine concernant cette thématique).

# 1.5.2

## L'analyse situationnelle

Dans les contextes stabilisés, le choix d'intervenir en réadaptation et le type de prestations envisagé dépendront du niveau de développement du pays. Une analyse situationnelle préalable doit permettre d'identifier les prérequis et de repérer les éléments existants favorables ou faisant obstacle à la mise en place d'un projet en réadaptation.
Cette analyse doit notamment porter sur les interactions entre les différents acteurs et leur niveau de responsabilisation[41].

| Analyse situationnelle préalable à la mise en place d'un projet en réadaptation physique et fonctionnelle | | |
|---|---|---|
| **Niveaux** | **Éléments à étudier** | **Points de vigilance** |
| Usagers | Demandes et besoins des usagers | Priorisation (impact) |
| | Prévalence et répercussions (santé publique) | |
| | Compréhension des problèmes de santé | Sensibilisation, éducation |
| | Participation, mobilisation communautaire, solidarité | |
| Services | Nature, accessibilité et viabilité des services | Ordinaire, spécifique, support[42] |
| | | Financement |
| | | Partenariat |
| | | Décentralisation |
| | | De l'identification au suivi |
| | | Technologie |
| | | Qualité, Bonnes pratiques |
| | Ressources humaines : provenance et disponibilité, stabilité, nature et niveau de compétences, représentativité | Statut |
| | | Compétences ciblées ou polyvalentes |
| | | Formation et standards |
| | | Associations professionnelles |
| Décideurs | Législations, volonté des décideurs et gouvernance, capacités financières | |
| | Approche sectorielle | Ministère de tutelle (Santé) |
| | | Plan national en réadaptation |
| | Coordination multisectorielle | Liens avec la Santé |

Quelle que soit l'envergure du projet envisagé, prévu à un niveau local ou à l'extrême à une échelle nationale voire régionale (plusieurs pays), il est important de noter :

- que l'analyse situationnelle devra toujours étudier ces trois niveaux.
- que le projet devra au final répondre aux demandes explicites et besoins implicites des usagers.
- qu'il comprendra une stratégie de sortie qui sera négociée et acceptée par les partenaires locaux.

« Dès la conception d'un programme ou d'un projet, nous anticipons une stratégie de sortie, y compris les éventuelles mesures d'accompagnement ou de transition nécessaires »[43].

# 1.6 En résumé

### La réadaptation physique et fonctionnelle et ses modèles d'analyse

La médecine de réadaptation vise à améliorer le niveau fonctionnel d'un individu par le diagnostic et le traitement médical de ses problèmes de santé.
La réadaptation physique et fonctionnelle est un processus mis en œuvre pour des personnes (et leur entourage proche) présentant des déficiences et des incapacités, qu'elles soient temporaires ou durables, visant :

- à rétablir ou compenser la perte fonctionnelle pour un fonctionnement optimal en interaction avec l'environnement,
- à prévenir ou ralentir la dégradation fonctionnelle.

Pour ce faire, des exercices sont proposés à la personne, des conseils et mesures éducatives sont préconisés, des aides techniques et des aménagements de l'environnement peuvent être réalisés.
Afin que le processus de réadaptation mis en place soit adapté aux besoins des personnes, il est nécessaire d'analyser leur situation en utilisant des modèles de compréhension du handicap. Handicap International préconise l'utilisation du PPH. Toutefois, le domaine recommande l'utilisation de la CIF lorsqu'il s'agit de communiquer en externe à l'association et particulièrement dans le cadre d'une recherche.

### La démarche vers le projet

Toute action visant à développer des activités en réadaptation de qualité centrées sur les besoins des personnes (bénéficiaires directs) doit préalablement analyser chacun des aspects constituant le cycle « de l'identification au suivi ». Cette analyse doit permettre de déterminer le type d'intervention et le niveau adéquat de prestation selon qu'il existe :

- un service dont les pratiques, les technologies utilisées et l'accessibilité doivent être étudiées,
- des professionnels de la réadaptation.

Dans la mesure où le dispositif de réadaptation à mettre en place vise une prestation pérenne, il est nécessaire de prendre en considération le système de réadaptation dans lequel il s'inscrit. Ce niveau sectoriel d'intervention doit également être étudié au regard des autres secteurs avec lesquels il est en lien. Les acteurs constituant ce(s) système(s) (bénéficiaires indirects) doivent être accompagnés, qu'il s'agisse des décideurs ou des prestataires de services.
Au final, une analyse situationnelle préalable doit permettre d'identifier les prérequis et de repérer les éléments existants favorables ou faisant obstacle à la mise en place d'un projet en réadaptation.
Enfin, considérant la nécessaire recherche de pertinence et d'impact positif optimisé, un **projet en réadaptation physique et fonctionnelle** limité dans le temps doit s'inscrire dans une visée stratégique plus vaste et de long terme représentée par un **programme ou plan national de réadaptation**. La construction et la formalisation d'une telle planification programmatique peuvent d'ailleurs faire l'objet d'un projet en soi entre Handicap International et ses partenaires institutionnels.

### Champ d'intervention du domaine « Services de Réadaptation »

Le domaine :

- décline dans son champ d'intervention les principes élaborés par la Fédération Handicap International,
- fait la promotion d'actions développant essentiellement des activités de réadaptation physique et fonctionnelle plutôt que de médecine de réadaptation,
- promeut la mise en œuvre d'actions où l'individu et son entourage proche sont au centre du processus de réadaptation et non des actions de niveau universel,
- promeut essentiellement des actions centrées sur la prévention et la prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle des personnes présentant des déficiences et des incapacités physiques et/ou sensorielles plutôt que psychiques et intellectuelles,
- décline ses actions auprès de tous les acteurs impliqués dans la promotion de la réadaptation physique et fonctionnelle (usagers des services, prestataires et décideurs) et à tous les niveaux (local ou communautaire et sectoriels),
- bien que particulièrement concerné par les stratégies de développement, décline ses actions ou son expertise dans tous les contextes, de l'urgence au développement, de manière plus ou moins directe.

Principes
et repères

33

Libéria, 2012

# 2. Modalités d'intervention


2.1 RÉDUCTION DES OBSTACLES 36

2.2 LES NIVEAUX D'INTERVENTION 37

2.2.1 L'usager dans sa communauté 38

2.2.2 Prestation de service en réadaptation physique et fonctionnelle 41

2.2.3 Système : politiques sectorielles 44

2.2.4 Résumé : logigrammes 47

2.2.5 Réseau et plaidoyer, du national à l'international 50

2.3 LES PROFESSIONNELS DE LA RÉADAPTATION PHYSIQUE ET FONCTIONNELLE 55

2.3.1 Les différents métiers 56

2.3.2 Les métiers portés par le domaine 58

2.3.3 Métiers, compétences et standards 61

2.3.4 Carences en ressources humaines 62

2.3.5 En résumé 65

2.4 LES THÉMATIQUES DE LA RÉADAPTATION PHYSIQUE ET FONCTIONNELLE 67

2.5 PERSPECTIVES 2011-2015 70


L'objet de ce chapitre est de présenter un cadre plus opérationnel à l'intérieur duquel sont déclinés les différents éléments théoriques développés précédemment.
Il ne s'agit pas ici de proposer les cadres logiques types de projets mais de mettre en perspective les différents principes constitutifs de la réadaptation physique et fonctionnelle. L'objectif est de guider le choix et aider à la prise de décision concernant les actions à entreprendre pour promouvoir la réadaptation physique et fonctionnelle dans les contextes de développement.

# 2.1 Réduction des obstacles

Considérant le manque de moyens en réadaptation au regard de l'ampleur des besoins, la question n'est pas tant de plaider pour la promotion de stratégies de réadaptation au bien-fondé légitime et acquis, mais plutôt de lever les obstacles à leur développement.
Selon l'OMS[44], « diverses mesures peuvent permettre de surmonter les obstacles à la réadaptation, notamment les suivantes :

- réformer les politiques, les lois et les systèmes de prestation, (...) y compris en élaborant ou en révisant les plans de réadaptation nationaux ;
- créer des mécanismes de financement pour éliminer les obstacles financiers ;
- accroître les ressources humaines affectées à la réadaptation, par exemple en formant le personnel de réadaptation et en le maintenant en fonction ;
- étendre et décentraliser la prestation des services ;
- accroître l'utilisation et l'accessibilité financière de la technologie et des aides techniques ;
- développer les programmes de recherche, y compris en améliorant l'information et l'accès à des guides de bonnes pratiques ».

Quelle(s) que soi(en)t la et/ou les thématique(s) retenue(s) pour développer un projet en réadaptation physique et fonctionnelle, sa conception devra considérer tout ou partie des mesures préconisées par l'OMS.

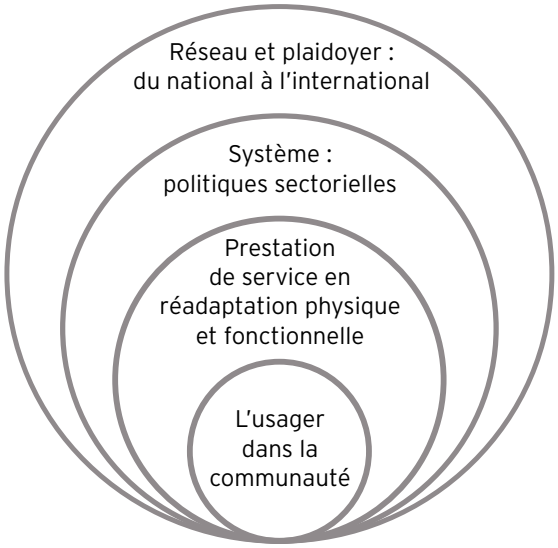
# 2.2 Les niveaux d'intervention

> « Notre engagement se réalise en premier lieu au niveau local et à celui des services, en proximité des populations, groupes et personnes concernés. C'est sur cette base, et avec cette légitimité, que nous recherchons un impact plus grand et plus durable en agissant sur les systèmes et les politiques »[45].

« Il est important de se rappeler que le soutien à assurer aux personnes handicapées et à leur famille doit être aussi proche que possible de leur propre communauté, même dans les régions rurales »[46].

Comme nous l'avons dit, l'orientation d'un projet visant le développement d'une prestation de proximité en réadaptation physique et fonctionnelle découle du diagnostic posé suite à l'analyse situationnelle du système dans lequel ce projet doit s'inscrire. Ce diagnostic doit s'appuyer sur l'étude du cycle « d'identification / référencement / intervention / suivi ».
La nature de la prestation envisagée dépendra de l'existence d'un service et du type d'activités proposées, de la localisation de ce service par rapport à la communauté, de son insertion dans le maillage sectoriel et intersectoriel, de sa reconnaissance et du soutien dont il bénéficie pour se développer et perdurer.

**Les différents niveaux d'intervention**




© Handicap International, 2013

Considérant que le projet visé doit produire des effets durables, il est souhaitable d'intervenir à chacun des niveaux pour garantir la **qualité**, la **viabilité** et la **pérennité** de la prestation de réadaptation.
Il est cependant fréquent qu'un ou plusieurs niveaux soient inaccessibles ou que le projet n'ait pas les moyens de les aborder tous. Il est donc nécessaire de définir des prérequis et conditions facilitant la prise de décision quant à la chronologie et au choix d'intervention sur un niveau plutôt qu'un autre.
Il est important de préciser ici que la qualité est à considérer à tous les niveaux d'intervention, la viabilité est intrinsèque au niveau service et la pérennité au niveau sectoriel.

# 2.2.1

## L'usager dans sa communauté

**Ce que vise la stratégie projet de manière globale** (défini comme prioritaire) :
Les personnes handicapées bénéficient de prestations de réadaptation physique et fonctionnelle de proximité.
Considérant les informations issues de l'analyse situationnelle, les prérequis à la mise en place d'un projet en réadaptation physique et fonctionnelle au niveau local ou communautaire sont :

- l'existence de demandes et besoins compatibles avec les orientations du domaine (décideurs, prestataires, usagers),
- la présence d'un service de réadaptation physique et fonctionnelle, quelle que soit sa localisation, vers lequel référencer les usagers ayant besoin d'une prestation spécifique.

**Ce que vise la stratégie de manière ciblée** :
La mise en place d'un projet de réadaptation physique et fonctionnelle au niveau communautaire (approche sectorielle) vise le développement de ressources humaines locales susceptibles d'identifier, référencer et le cas échéant suivre les usagers d'un service de réadaptation physique et fonctionnelle bénéficiant d'une prestation.

**Ce que la stratégie doit obtenir** :

- La population est informée et sensibilisée sur la capacité du projet à répondre à tels demandes et/ou besoins exprimés.
- Les agents de santé communautaire ou agents de RBC[47] sont sélectionnés, accompagnés et formés à l'identification et, le cas échéant, au suivi des bénéficiaires du projet.
- Ces agents sont informés de l'existence du ou des services et de la nature des prestations proposées pour un référencement adapté.
- Les prestations de services sont conformes aux besoins des usagers référencés.
- Les éventuelles prestations élémentaires réalisées localement ainsi que le suivi des usagers sont contrôlés par les professionnels du service.

« Les agents de RBC (...) peuvent s'affranchir des frontières traditionnelles qui existent entre les services de santé et les services sociaux pour assurer des soins élémentaires de réadaptation dans la communauté [notamment concernant l'accessibilité environnementale] et, au besoin, orienter les patients vers des services plus spécialisés. Les agents de RBC disposent généralement d'une formation minimale et recourent aux services médicaux et de réadaptation qui existent pour les traitements spécialisés et pour l'orientation des patients »[48].

**Risques** :

- Créer des attentes auxquelles le projet ne peut pas répondre du fait d'une démarche d'identification / référencement décalée par rapport aux capacités du service.
- Inaccessibilité du service.
- Manque de qualité de la prestation réalisée au niveau de la communauté en l'absence d'accompagnement régulier par des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle.
- Absence de pérennité du dispositif.

La localisation du service de réadaptation physique et fonctionnelle telle que révélée par l'analyse situationnelle influence la conception des activités développées par le projet.

### Le service est géographiquement accessible

**Le service est localisé dans la communauté :**

- la stratégie ciblée définie dans le tableau précédent est appliquée, sachant que le suivi peut être directement réalisé par les professionnels du service (consultations, visite à domicile si nécessaire).

**Le service est éloigné de la communauté :**

- « Dans les environnements pauvres qui souffrent d'un manque de ressources et de capacités, il faut avant tout s'attacher à accélérer la mise en place d'une offre de soins dans les communautés, à travers la RBC complétée par l'orientation des patients vers des établissements de soins secondaires.
  La réadaptation à base communautaire consiste, par exemple, à :
  - identifier les personnes ayant des déficiences et faciliter l'orientation des patients,
  - offrir des stratégies de rééducation fonctionnelle simples en faisant appel à des agents de réadaptation ou en enseignant ces méthodes directement aux personnes handicapées ou à un membre de leur famille,
  - proposer un accompagnement éducatif, psychologique et émotionnel, individuel ou en groupe, aux personnes handicapées et à leur famille,
  - associer la communauté : mise en place d'une gestion collective des problèmes de réadaptation »[49], mobiliser les organisations de personnes handicapées quand elles existent.
- « Nul endroit trop éloigné des services »[50] : les services de soins de santé primaires de la communauté peuvent servir de relais de coordination ou d'accueil pour que des équipes mobiles constituées de professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle provenant du service interviennent (consultations, prestations sur site si jugées possible, référencement vers le service pour les besoins spécifiques, suivi).
- En cas de référencement, doivent être envisagées d'une part les mesures garantissant l'accès aux services pour les usagers (voir **2.2.3** Système : politiques sectorielles et la Fiche Technique Accès Financier[51]). D'autre part, les activités de suivi doivent être programmées et organisées.
- Selon les besoins et pour assurer une continuité de la prise en charge, des **prestations élémentaires** de réadaptation peuvent être développées localement par les agents de RBC. Dans ce cas, il est indispensable qu'elles soient prescrites et contrôlées par des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle et que les agents soient formés et suivis.

### Le service est géographiquement inaccessible

- Développer des activités de prévention au niveau de la communauté.
- Plaider pour la création d'un service de proximité et/ou création du service dans le cadre du projet : les activités d'identification / référencement / suivi devront être concomitantes du développement de compétences au sein du service.
- Reconsidérer la pertinence du projet.

Voir également Logigramme n°1 : **De l'identification au référencement : aide à la décision** (partie **2.2.4**).

# 2.2.2

## Prestation de service en réadaptation physique et fonctionnelle

**Ce que vise la stratégie projet de manière globale** (défini comme prioritaire en lien avec le niveau précédent) :
Il existe un service de réadaptation physique et fonctionnelle viable qui propose des prestations de qualité, adaptées aux demandes et besoins des usagers.
Considérant les informations issues de l'analyse situationnelle, les prérequis à la mise en place d'un tel projet sont :

- une demande et des besoins suffisants de prestations de réadaptation,
- la disponibilité en ressources humaines,
- la possibilité de développer des infrastructures adaptées.

**Ce que vise la stratégie de manière ciblée :**
L'organisation mise en place au sein du service est efficiente et centrée sur les besoins et attentes des usagers. Elle facilite la délivrance d'une prestation de réadaptation physique et fonctionnelle de qualité par des ressources humaines compétentes.

**Ce que la stratégie doit obtenir :**

- L'appropriation par les partenaires locaux des standards de bonnes pratiques, basés chaque fois que possible sur un consensus scientifiquement établi ou sur la preuve (Evidence Based Practice), guide la mise en place des organisations internes du service. Elle vise à atteindre ces standards par l'amélioration permanente de la qualité, tant au niveau de la gouvernance de la structure[52] qu'au niveau clinique.
- La formation des professionnels du service permet d'obtenir un corpus de compétences métier en adéquation avec le niveau et la qualité attendus de la prestation (expertise et technicité). Ce niveau est déterminé selon les besoins et demandes des usagers, selon le niveau d'éducation initial des professionnels à former au regard des standards internationaux quand ils existent et selon l'envergure envisagée du service dans lequel les professionnels doivent exercer.
- La viabilité du service est garantie par l'adéquation de la prestation proposée avec les besoins et demandes des usagers, par la capacité des usagers à accéder au service et par une bonne gestion financière recherchant la maîtrise des dépenses au regard des sources de financement.

**Risques :**

- Incapacité des ressources humaines à atteindre le niveau de compétence attendu compte tenu de leur niveau d'éducation initial.
- Viabilité financière : décalage entre le coût des prestations envisagées et la capacité de financement.

### Nature du service

La prestation de réadaptation physique et fonctionnelle peut être développée sur les trois niveaux de services[53]. Soit :

- les services ordinaires concernant la kinésithérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie… exercées en hôpital ou cabinet, dans des structures publiques ou privées,
- les services de support concernant les aides techniques, dont les aides à la mobilité[54], et qui peuvent exister en soi ou être localisés au sein d'un service ordinaire ou spécifique,
- les services spécialisés concernant les centres de réadaptation avec toute la gamme de prestation en réadaptation physique et fonctionnelle, dont les aides techniques mais aussi l'accompagnement social, etc.

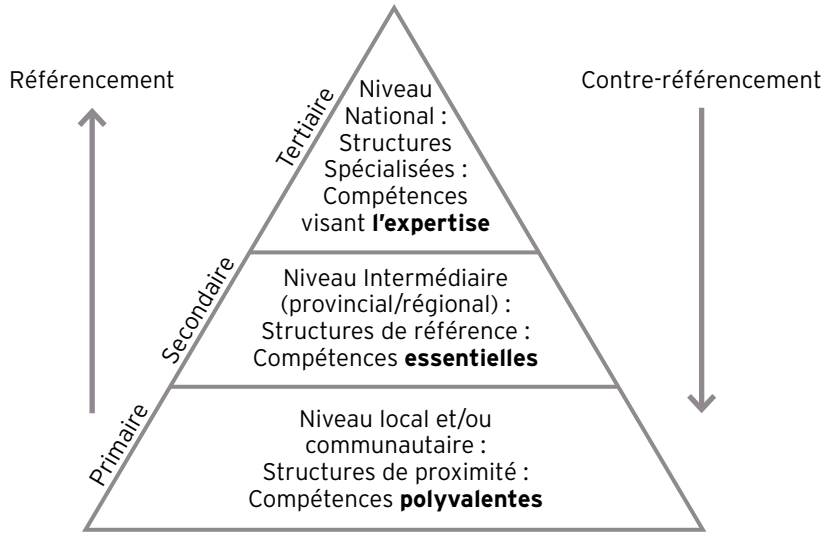
**Remarque** : soutenir le développement concomitant de services de différentes natures améliore le taux de prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle des personnes présentant des déficiences et incapacités, des moins lourdes aux plus complexes, des temporaires aux durables. Il est nécessaire de ne pas se borner à promouvoir l'émergence de grosses structures spécialisées, bien qu'essentielles, au détriment des prestations de proximité.

### Niveau de service et nature de la prestation

Il existe un lien entre le niveau de couverture ou envergure du service et le type d'activités à développer en son sein.

- « En ce qui concerne les affections aiguës[55], la réadaptation médicale et la rééducation fonctionnelle ont généralement lieu dans des hôpitaux de soins aigus[56].
  Un large éventail de structures peut se charger de la réadaptation médicale de suivi, de la rééducation fonctionnelle et des aides techniques : les unités ou centres hospitaliers de réadaptation spécialisés, les centres de réadaptation (…). La réadaptation à plus long terme peut se dérouler dans une structure de proximité, par exemple dans un centre de soins de santé primaires, un établissement scolaire, sur le lieu de travail ou dans le cadre de services de soins thérapeutiques à domicile[57]. (…) Les interventions à base communautaire jouent un rôle essentiel dans le continuum des soins de réadaptation, et peuvent améliorer l'efficience et l'efficacité de la réadaptation à l'hôpital[58] ».
- L'expertise attendue au niveau tertiaire (voir schéma) suppose une connaissance pointue dans un champ de compétences restreint, la polyvalence du niveau primaire correspond à une connaissance limitée dans un large champ de compétences. Ainsi, selon l'architecture du système de santé existant, deux professionnels d'un même métier ayant suivi la même formation initiale peuvent avoir besoin de développer des compétences différentes considérant la nature de la prestation de réadaptation envisagée.

**Envergure du service et niveau de compétences**




© Handicap International, 2013

### Recommandations

- Indépendamment des opportunités de financement qui peuvent impacter les choix concernant la nature du service à développer, les prestations de réadaptation mises en place doivent répondre aux besoins du plus grand nombre en première intention (prévalence et répercussions en termes de santé publique) et/ou aux nécessités d'actions de prévention.
- Le service doit être localisé au plus près de la communauté (accessibilité géographique). Son envergure (primaire, secondaire, tertiaire) et sa nature (ordinaire, spécifique, support) dépendent notamment de la densité de population recensée dans sa zone d'implantation et de l'éventuelle présence d'autres services de même nature.
- La prise en charge des affections aiguës dans les contextes de développement doit être accompagnée, notamment par la promotion de la kinésithérapie hospitalière.
- La recherche de la qualité par l'identification et l'appropriation de standards de bonnes pratiques doit aboutir à la mise en place au sein du service d'une organisation efficiente centrée sur l'usager :
  - Création et accompagnement de groupes d'usagers, lien avec les organisations de personnes handicapées…
  - Le responsable du service doit être qualifié en administration / gestion : mieux vaut sensibiliser un généraliste aux spécificités de la réadaptation physique et fonctionnelle que détourner un spécialiste techniquement compétent de ses responsabilités cliniques et de formation.
- Le dispositif « d'identification / référencement / suivi » doit être structuré de telle sorte que :
  - soient repérées les demandes et besoins pouvant être pris en charge au niveau du service,
  - le référencement bien conduit entretienne le niveau d'activité du service,
  - le suivi mis en place favorise la continuité de soin (qualité) en sollicitant l'implication communautaire plutôt que celle d'équipes mobiles provenant du service (accessibilité) : ne diligenter les équipes mobiles que pour des prestations à haut niveau de technicité et/ou pour la supervision des activités communautaires.

Voir également Logigramme n°2 : **Du référencement à la prestation : aide à la décision** (partie **2.2.4**).

# 2.2.3

## Système : politiques sectorielles

| |
|---|
| **Ce que vise la stratégie projet de manière globale :**<br>Le service offre durablement une prestation en réadaptation physique et fonctionnelle impactant positivement la qualité de vie des usagers. |
| **Ce que vise la stratégie de manière ciblée :**<br>Il existe un plan national de réadaptation formalisant :<br>- le système ou maillage à l'intérieur duquel le service est intégré,<br>- les mécanismes de régulation nécessaires à la pérennité du service et visant à orienter, diffuser et faire vivre par l'évaluation les démarches qualité,<br>- la mise en lien des différents acteurs responsables et impliqués (sectoriel et intersectoriel) et des usagers ou leurs représentants. |
| **Ce que la stratégie doit obtenir :**<br>- Les besoins de prises en charge en réadaptation sont identifiés au niveau national, priorisés, et formalisés dans un plan d'action à l'intérieur duquel les prestations proposées par le service trouvent leur légitimité.<br>- Le service s'approprie et contextualise les mécanismes de régulation et de standardisation définissant :<br>• le cadre à l'intérieur duquel sont conçues les organisations internes et sont fournies les prestations,<br>• les moyens nécessaires à la réalisation des prestations,<br>• les pratiques elles-mêmes.<br>Le service est également partie prenante de l'évolution de ces mécanismes, notamment en s'appuyant sur le point de vue des usagers.<br>- La durabilité du service est assurée par l'implication des décideurs qui garantissent la dotation et la stabilité des ressources humaines et financières.<br>- Les ressources humaines affectées au service sont dédiées, supplémentaires plutôt que détournées d'autres services essentiels.<br>- La formation des professionnels de la réadaptation est validée par les autorités de tutelle, leur statut est formalisé et reconnu.<br>- Une filière d'approvisionnement en consommables existe durablement, en adéquation avec les activités du service. |

### Moyen : atelier pérennité[59]

L'ensemble des acteurs de la réadaptation physique et fonctionnelle est réuni avec comme objectif de partager une vision sectorielle à court, moyen et long termes en vue d'élaborer une stratégie d'intervention commune.
Cette stratégie s'appuie sur l'analyse et le choix d'indicateurs marqueurs de pérennité, déterminés suite à un Processus d'Analyse de la Pérennité.
Cette stratégie vise à définir un plan d'actions inter-acteurs permettant au ministère de tutelle d'élaborer ou de réviser un Plan National de Réadaptation définissant la place et le rôle de chacun et priorisant les axes d'intervention.
**Remarque :** Handicap International ne peut porter la responsabilité finale de l'ensemble du processus visant la pérennité, dans la mesure où les enjeux dépendent de dynamiques nécessitant l'implication dans la durée de chacun des acteurs, y compris des acteurs de la coopération internationale.

### Recommandations

Le domaine fait siennes les trois recommandations suivantes de l'OMS :

**1.** Politiques et mécanismes de réglementation :

- « Il faut évaluer les politiques, les systèmes, les services et les mécanismes de réglementation existants, en repérant les lacunes et les priorités afin d'améliorer la prestation.
- Développer ou réviser les programmes de réadaptation nationaux sur la base d'une analyse de la situation, afin d'optimiser durablement les capacités fonctionnelles de la population.
- Lorsqu'une politique est en place, il faut procéder aux changements nécessaires pour assurer sa conformité avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH).
- Lorsqu'il n'existe pas déjà de politiques, il faut élaborer et instaurer une législation et des mécanismes de réglementation qui tiennent compte du contexte national et de la CRDPH. Il faut définir en priorité des règles minimales et mettre en place des mécanismes de suivi ».[60]

**2.** « Pour qu'une politique soit mise en œuvre, elle doit être assortie d'un budget qui tienne compte de la portée des mesures et des priorités définies. Le budget alloué aux services de réadaptation doit être intégré au budget ordinaire des ministères concernés (à savoir, en premier lieu, le ministère de la Santé) et prendre en considération les besoins. Dans l'idéal, le budget des services de réadaptation serait distinct, ce qui permettrait d'identifier et de contrôler les dépenses »[61].

**3.** « Il faut développer des mécanismes de financement pour élargir la couverture et l'accès à des services de réadaptation d'un coût abordable. En fonction de la situation propre à chaque pays, on peut à cette fin combiner les éléments suivants :

- Un financement public ciblant les personnes handicapées, avec priorité donnée aux composantes essentielles de la réadaptation (y compris aux aides techniques), et aux personnes handicapées n'ayant pas les moyens de payer.
- Promouvoir un accès équitable à la réadaptation, à travers l'assurance maladie.
- Élargir la couverture de l'assurance sociale.
- Un partenariat public-privé pour la prestation des services.
- La réaffectation et la redistribution des ressources existantes.

- Un appui à travers la coopération internationale y compris lors des crises humanitaires »[62].
- La participation financière de l'usager doit être envisagée considérant l'existence d'une politique de tarification élaborée par les autorités. Cette politique doit être définie sur la base de la réalité calculée du coût de la prestation, du tout gratuit au tout payant.
  S'il est décidé que l'usager doit participer, le projet développé doit se soucier de garantir un accès équitable et abordable pour l'ensemble des usagers[63].

Il est également important de considérer les points suivants :

- Il faut « porter une attention particulière au transfert de connaissances et de compétences vers les acteurs locaux du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle, particulièrement lors de la phase de retrait [de Handicap International], et garantir un accompagnement tout en prévoyant un temps suffisant pour que les partenaires se les approprient »[64].
- Il est nécessaire d' « anticiper les besoins en formation des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle pour la phase initiale du projet mais également pour le long terme considérant les besoins du pays. Il est important, dès le démarrage du projet, d'avoir identifié des partenaires pouvant élaborer des programmes de formation ou pouvant accompagner les organismes de formation dans la construction au long cours de **compétences en formation**, et ce au-delà de l'intervention de Handicap International »[65].
  L'anticipation des besoins de formation et l'identification de partenaires formateurs doivent être suivies :
  - par l'élaboration d'un curriculum de formation respectant chaque fois que possible les standards internationaux,
  - par la reconnaissance institutionnelle de ce curriculum.

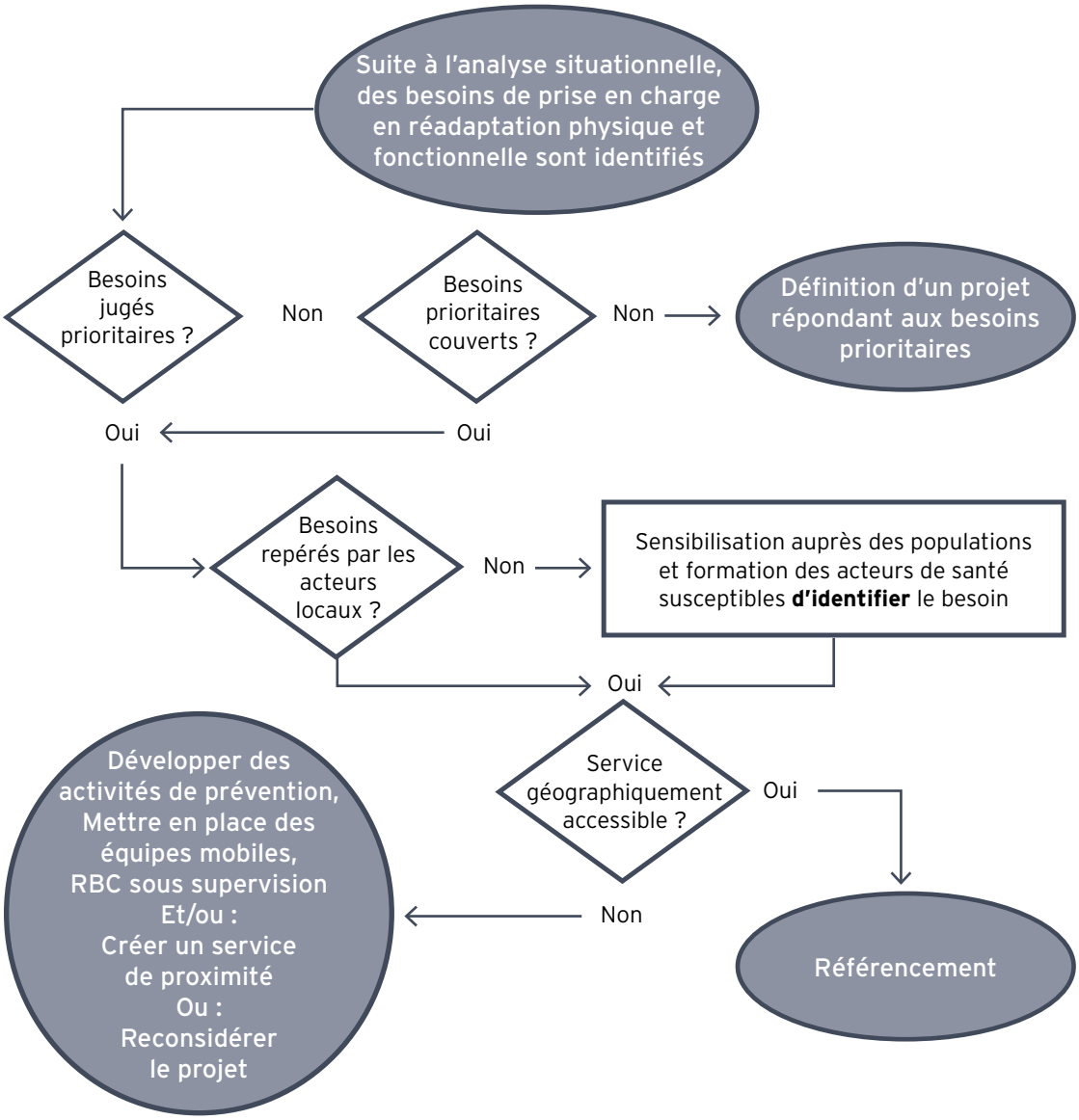
  Idéalement cette première étape d'un projet de formation doit être finalisée **en amont du démarrage des actions de formation**. Dans certains contextes, il est cependant difficilement envisageable d'attendre d'avoir atteint ces résultats pour effectivement démarrer les actions de formation précédant les prestations en réadaptation physique et fonctionnelle (voir **2.3.4** Carences en ressources humaines).
- Une fois formés, les professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle doivent être accompagnés dans leur pratique afin de confirmer l'acquisition de leurs compétences (tutorat clinique, formation continue).
- Il faut susciter l'émergence d'une identité professionnelle à travers la pratique du métier mais également par le soutien à la création d'associations professionnelles reconnues.
- Qualité de vie : il est nécessaire de développer et démultiplier des études concernant l'impact de la réadaptation physique et fonctionnelle sur la qualité de vie des usagers. Une première étude de ce genre a été menée au Togo en 2009 pour Handicap International. Cette étude, qui a utilisé le PPH comme base conceptuelle d'analyse, pourrait servir de modèle à l'élaboration de nouvelles études ayant une même méthodologie pour « produire des preuves comparables et utilisables pour mesurer l'impact, planifier des programmes et mobiliser les ressources »[66].

Voir également Logigramme n°3 : **De la prestation de qualité à la prestation viable et pérenne : aide à la décision** (partie **2.2.4**).

# 2.2.4

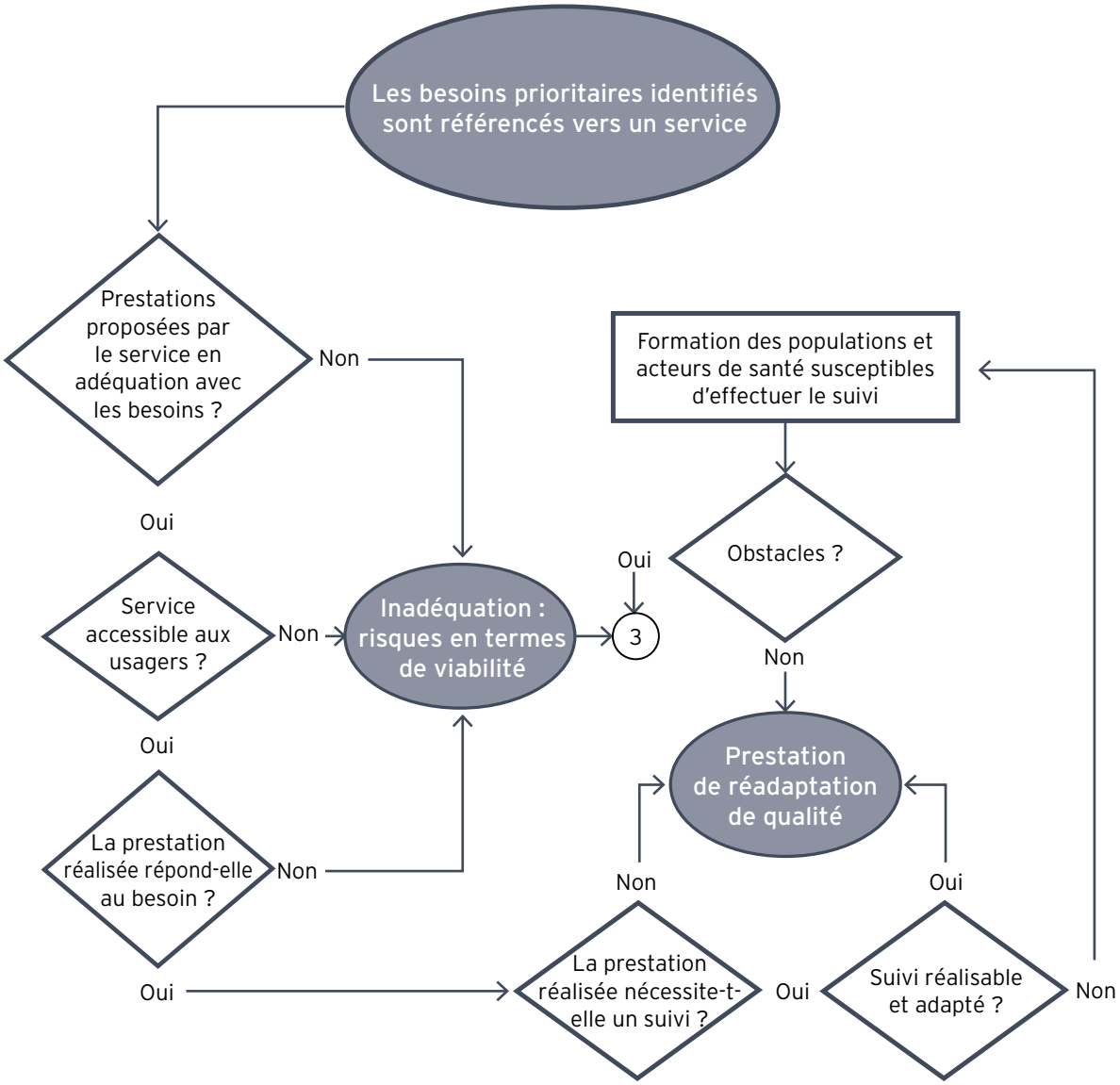
## Résumé : logigrammes

1 **De l'identification au référencement : aide à la décision**



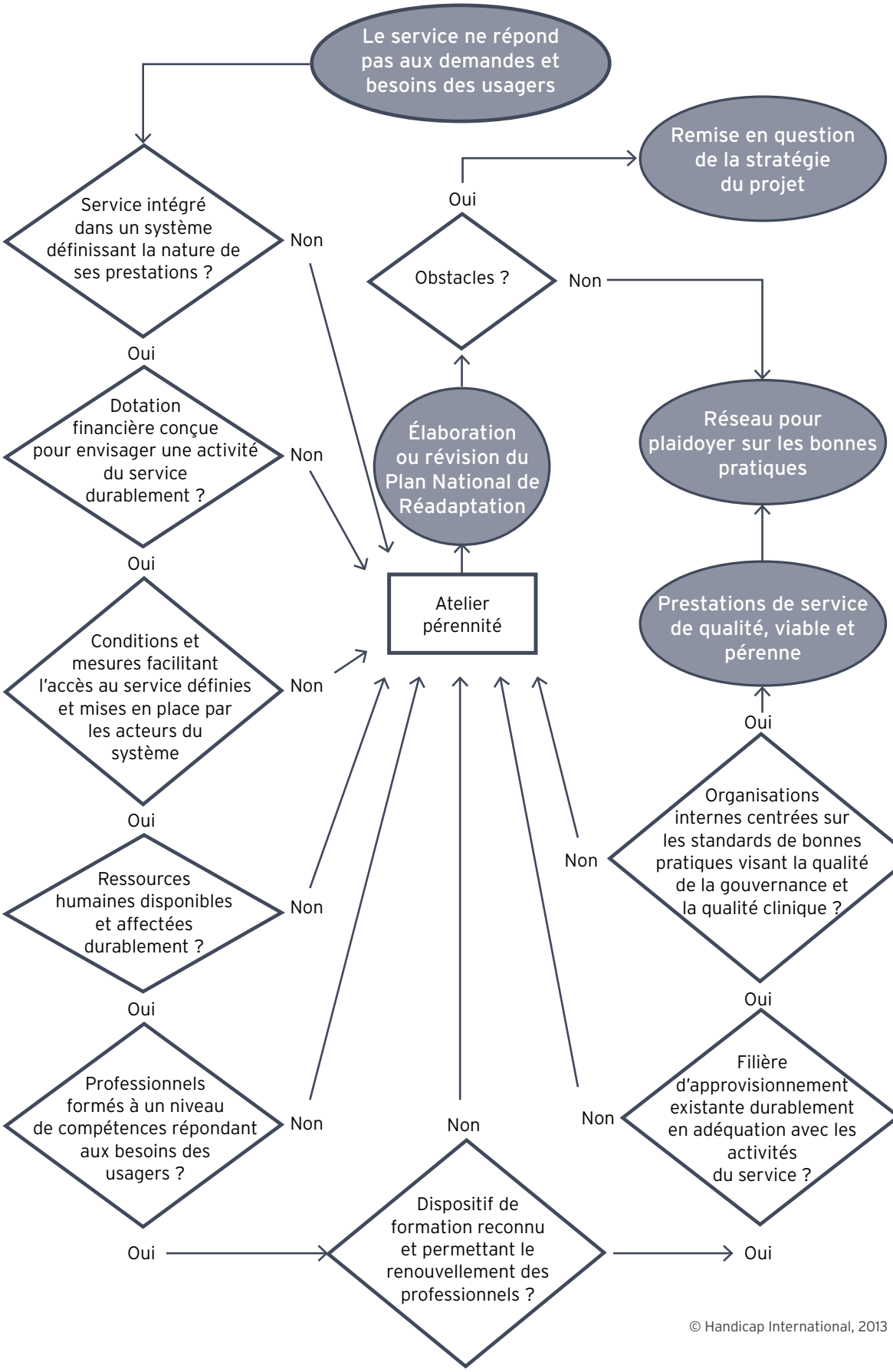

© Handicap International, 2013

## 2 Du référencement à la prestation : aide à la décision




© Handicap International, 2013

3 **De la prestation de qualité à la prestation viable et pérenne : aide à la décision**




© Handicap International, 2013

# 2.2.5

## Réseau et plaidoyer, du national à l'international

Handicap International est positionnée dans les réseaux ad hoc comme un des acteurs leader de la réadaptation physique et fonctionnelle dans les situations humanitaires jusqu'aux contextes de développement.
C'est en collaborant régulièrement à des groupes de travail que Handicap International a développé une relation étroite avec l'équipe « Disability and Rehabilitation » de l'OMS, notamment pour participer activement à la production du Rapport mondial sur le handicap, document de référence largement mentionné ici, ou le Document de Consensus sur les Aides à la Mobilité paru récemment[67].
Si cette collaboration a permis d'asseoir son influence pour appuyer la nécessaire production de recommandations concernant les enjeux autour de la réadaptation au sens large, Handicap International juge nécessaire aujourd'hui de développer un plaidoyer plus ciblé pour la promotion de la **réadaptation physique et fonctionnelle dans la santé**.
Il est donc nécessaire de repérer et d'investir les réseaux de santé dans lesquels le plaidoyer sera efficace pour défendre la continuité de service par une meilleure intégration de la réadaptation physique et fonctionnelle, au moindre coût et quel que soit le contexte.

### Les réseaux

Être visible dans les réseaux, être connu et reconnu, permet de développer un certain nombre d'actions :

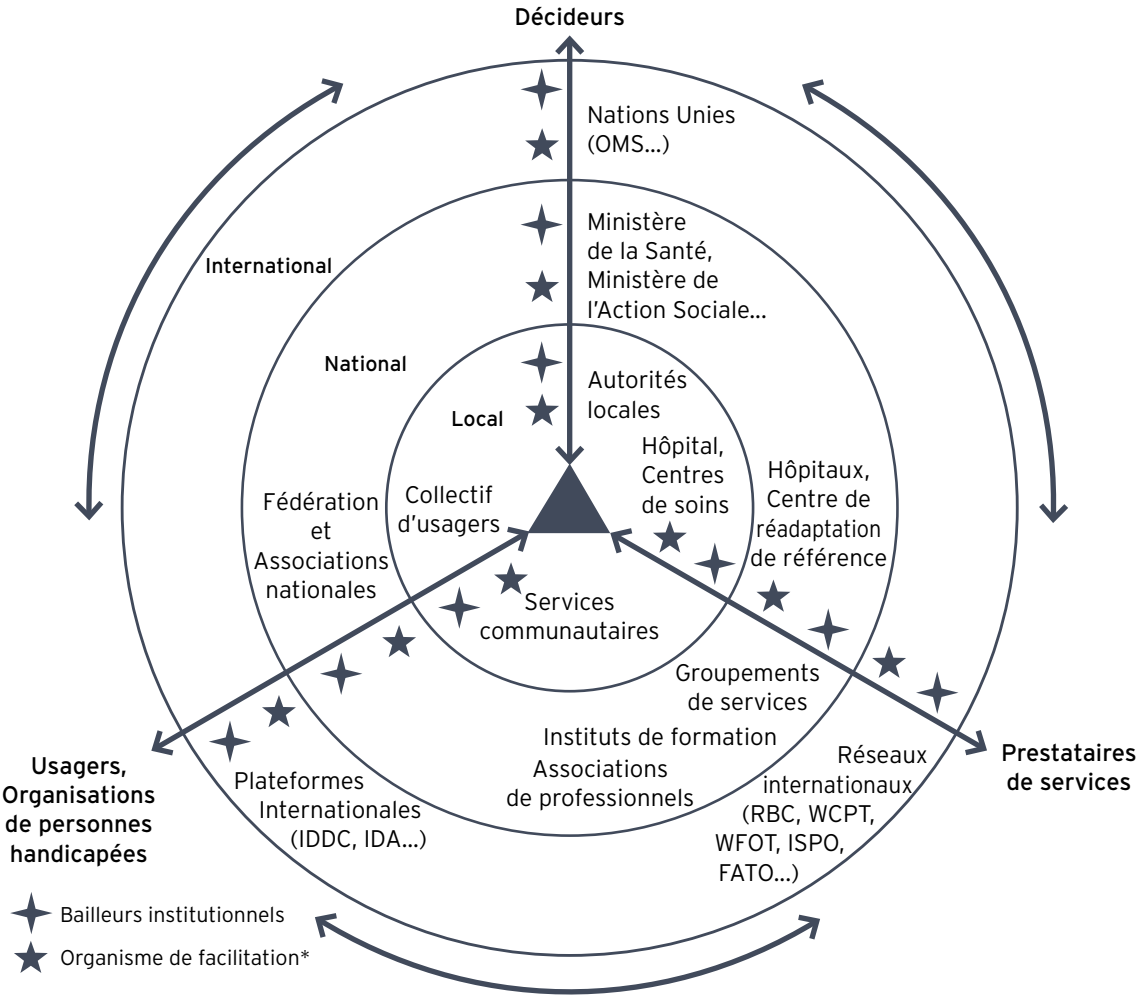
- Communiquer sur les innovations, leçons apprises, pour promouvoir les bonnes pratiques et l'assurance qualité, ce qui suppose :
  - une capacité de collecte de données fiables et comparables selon une méthodologie éprouvée et validée, voire une démarche de recherche visant à valider les pratiques,
  - une volonté et capacité à évaluer les projets : « nous nous obligeons à objectiver les résultats de nos actions, et, au-delà, à mesurer l'impact de nos activités sur les bénéficiaires finaux »[68],
  - une analyse et synthèse des données aboutissant à une prise de position,
  - des opportunités de communication ciblée : « nous informons avec rigueur les différentes parties prenantes de notre action : les bénéficiaires, les autorités des pays d'intervention, l'opinion publique, nos donateurs et sympathisants ainsi que nos soutiens professionnels et institutionnels »[69].

  « Des données de meilleure qualité sur la prestation des services, sur les résultats des services et sur les bienfaits économiques de la réadaptation sont nécessaires. Les données qui attestent de l'efficacité des interventions et des programmes sont extrêmement bénéfiques pour guider les décideurs politiques dans l'élaboration de services appropriés »[70].

- Développer des collaborations, des mécanismes de coordination et des partenariats pour renforcer l'expertise, faciliter les actions sur le terrain et éventuellement pour une meilleure captation et optimisation des sources de financement :
  - Rechercher la mise en œuvre de projets avec d'autres acteurs de la réadaptation pour une plus-value technique visant un impact pays plus grand.
  - Envisager un rapprochement avec d'autres organismes visant des accords-cadres de siège à siège pour élaborer des alliances stratégiques.

- Se rapprocher des universités et centres de recherche et développer des protocoles de recherche sur des thématiques du domaine pour obtenir une caution scientifique facilitant la publication.
- Mobiliser l'expertise académique pour l'élaboration de programmes de formation et pour la mobilisation de formateurs.
- Se faire entendre pour peser sur le débat autour des enjeux liés à la promotion de la réadaptation et à son financement, promouvoir les bonnes pratiques pour influencer les politiques favorisant l'accès aux services de réadaptation et en cela, tendre vers des actions de plaidoyer.

**Réseau : les acteurs mobilisables pour la réadaptation physique et fonctionnelle**




* Organisations (OI, ONG...), agences, universités, centres de recherche, qui facilitent l'existence de programmes de réadaptation physique et fonctionnelle via des projets, de stature internationale ou nationale.

© Handicap International, 2013

Afin de pouvoir toucher un maximum d'interlocuteurs dans les réseaux, le domaine dispose de ressources techniques spécifiquement positionnées :

- le Coordinateur Technique positionné en appui au niveau local, représentant au niveau national et potentiellement régional.
- le Référent Technique positionné au niveau régional et international.

Plus les acteurs du réseau seront en lien au sein d'un même niveau mais également entre les différents niveaux, plus les actions de plaidoyer pourront produire d'effets.

### Le plaidoyer

> « La légitimité de nos actions de témoignage et de plaidoyer s'appuie sur notre expérience de terrain et notre engagement aux côtés des populations. Fondées sur des besoins et sur des faits, ces actions doivent pouvoir se révéler utiles aux bénéficiaires de nos actions. (...)
> Le plaidoyer est un levier complémentaire à notre action de solidarité. Il s'efforce de promouvoir un environnement politique favorable à l'amélioration des conditions de vie et à l'exercice des droits de nos publics bénéficiaires.
> Notre action de plaidoyer s'exerce de manière directe au niveau international. Dans nos pays d'intervention, nous favorisons la prise de parole des individus et des organisations locales »[71].

**Les messages clés** à transmettre dans les réseaux doivent être diffusés par le domaine quand il s'agit de thématiques spécifiques et par l'ensemble de la Direction des Ressources Techniques et Handicap International quand ils sont de portée plus globale :

- Les soins de réadaptation, essentiels pour assurer une complète continuité de prise en charge des besoins de santé, tout au long de la vie, pour les personnes handicapées.
- La santé comme un droit pour tous à mener une vie digne : les politiques de santé doivent aller au-delà de la prévention et des soins de survie, et viser une meilleure qualité de vie.
- Les injustices rencontrées par les personnes handicapées relevées pour promouvoir le nécessaire respect des principes d'égalité devant l'accès aux soins de santé.
- Une santé pour tous : des services de santé inclusifs, non discriminants.

**Les axes du plaidoyer pour la réadaptation physique et fonctionnelle**

- Les nombreux débats concernant le manque de personnel de santé (Health Workforce shortage) doivent inclure la question des personnels paramédicaux de réadaptation physique et fonctionnelle, de leur formation et de leur intégration dans les systèmes de santé.
- Les forums de santé concernant notamment les maladies non transmissibles ou les maladies tropicales négligées doivent intégrer dans leurs recommandations les besoins des personnes handicapées et doivent faire référence aux services de réadaptation physique et fonctionnelle.

- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à élaborer après 2015 doivent intégrer les besoins des personnes handicapées, et idéalement doivent faire référence aux services de réadaptation physique et fonctionnelle.

**Les thématiques de plaidoyer pour le domaine**

- Politiques, stratégies nationales et positionnement de la réadaptation physique et fonctionnelle par rapport aux priorités de santé : démontrer qu'intégrer la réadaptation physique et fonctionnelle dans les stratégies de santé et donc investir ce champ est un moyen de répondre aux OMD tout en réduisant les coûts à moyen et certainement à long termes, notamment concernant la prise en charge des incapacités chroniques.
- Ressources humaines : plaider pour l'augmentation des compétences, la reconnaissance des formations et des statuts, la diffusion de mesures incitatives favorisant la valorisation et la rétention des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle.
- Promouvoir la qualité des organisations de services et des pratiques professionnelles. Garantir la qualité des technologies qui doivent être appropriées et la fiabilité et durabilité de la filière d'approvisionnement.
- Financement : une opportunité de financement ne justifie pas en soi le démarrage d'un projet en réadaptation. Si elle répond aux enjeux liés à la promotion de la réadaptation physique et fonctionnelle, encore faut-il que les instances de financement garantissent les ressources nécessaires à la conduite d'un projet qui s'inscrive dans la durée, particulièrement dans les contextes de grande pauvreté[72].

### Les moyens d'action

**Réseaux**

- Renforcer les liens au sein du réseau conventionnel en réadaptation physique et fonctionnelle : la création d'alliance est un gage supplémentaire de réussite (voir schéma sur les acteurs du réseau).
- Cibler les réseaux influents concernant les enjeux de la réadaptation physique et fonctionnelle :
  - Communauté de la Santé (SMI, maladies non transmissibles…),
  - Alliance mondiale des professionnels de santé,
  - Réadaptation et les réseaux de l'espace humanitaire (urgence, UN clusters).
  - Mouvements « Handicap et Société civile »,
  - Mouvement Post-OMD.
- Noter l'importance de mobiliser « les réseaux du sud » quand ils existent, directement concernés et efficaces pour mobiliser sur des changements de pratiques dans les contextes compliqués (exemple : Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes - FATO - sur des enjeux de pérennité dans les pays africains n'ayant pas de Plans Nationaux de Réadaptation).

**Plans Nationaux de Réadaptation**

- Renforcer l'échange de bonnes pratiques entre pays concernant l'intérêt d'élaborer un Plan National de Réadaptation, confronter ces pratiques aux standards et cadres d'intervention internationaux.

- Mobiliser et faciliter au niveau d'un pays une réflexion inter-acteurs autour des enjeux de la pérennité du secteur, en vue de se doter d'une vision commune et d'un plan d'actions incluant des objectifs et indicateurs. Vérifier que chacun des acteurs a sa place au sein du dispositif (voir **2.2.3** Système : politiques sectorielles / atelier pérennité).
- S'allier aux associations de professionnels et aux groupements de services pour plaider auprès des gouvernements sur l'intérêt de promouvoir un Plan National de Réadaptation.

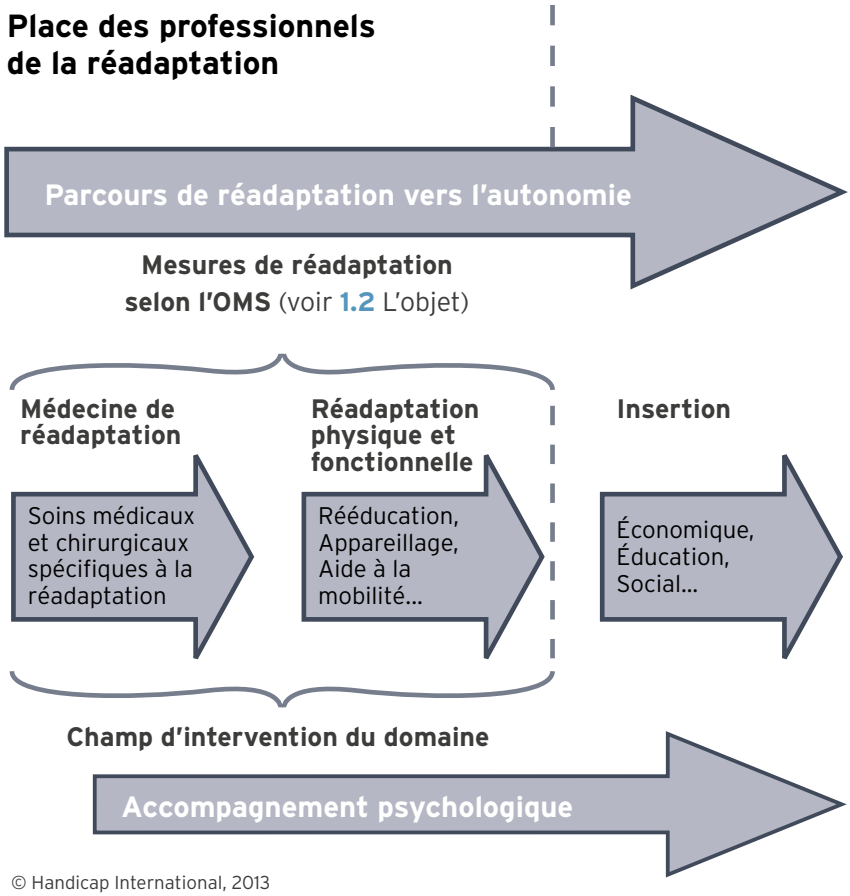
**Études, collectes de données, recherches** s'appuyant sur les consensus scientifiquement établis ou sur la preuve (Evidence Based Practice), portant sur les thématiques jugées prioritaires, pour diffusion dans les réseaux :

- Qualité de vie : les analyses doivent mesurer l'impact d'une prestation de réadaptation physique et fonctionnelle ou de son absence sur le fonctionnement des personnes handicapées dans leur environnement.
- Études en économie de la santé et/ou études coûts / bénéfices :
  - Coût de la réadaptation physique et fonctionnelle pour l'usager,
  - Coût de la réadaptation physique et fonctionnelle au sein du système de santé,
- Ressources humaines.

Ces études doivent permettre de mettre en lumière les bénéfices obtenus en termes de santé publique au regard du nombre de personnes ayant pu bénéficier d'une prestation en réadaptation physique et fonctionnelle.

# 2.3 Les professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle

« Handicap International soutient l'émergence des filières professionnelles de réadaptation et la formation locale des professionnels, comme approche concourant à la viabilité de services de qualité dans les contextes de reconstruction et de développement. La qualité et la pertinence des formations initiales, de la formation continue et de la mise à niveau des professionnels constitueront une préoccupation croissante de notre action de terrain. Le soutien aux associations professionnelles, nationales ou régionales, en charge des accréditations (contrôle de qualité) et porteuses de leur reconnaissance constitue lui aussi une priorité pour les cinq prochaines années »[73].




© Handicap International, 2013

# 2.3.1

## Les différents métiers

Liste des métiers ou acteurs autour de la réadaptation physique et fonctionnelle, répertoriés selon la Classification Internationale Type de Professions (CITP)[74].

| Code CITP | Catégories | Métiers ciblés | Domaines de rattachement au sein de Handicap International |
|---|---|---|---|
| **22** | **Spécialistes de la santé** | | |
| 2211 | Médecins généralistes | | Santé |
| 2212 | Médecins spécialistes | Médecins de réadaptation | Réadaptation |
| | | Chirurgiens* | Santé & Réadaptation |
| 2221 | Cadres infirmiers (ou infirmiers spécialisés) | Infirmiers en réadaptation | Santé & Réadaptation |
| 2222 | Sages-femmes | | Santé |
| 2264 | Physiothérapeutes (kinésithérapeutes) | | Réadaptation |
| 2265 | Diététiciens & nutritionnistes | | Santé |
| 2266 | Audiologistes et orthophonistes | Orthophonistes | Réadaptation |
| 2269 | Spécialistes de la santé non classés ailleurs | Ergothérapeutes | Réadaptation |
| | | Psychomotriciens | Réadaptation |
| | | Orthoprothésistes** | Réadaptation |
| | | Podo-orthésistes** | Réadaptation |

* Intérêt selon le type de spécialité et priorisation à la chirurgie orthopédique et reconstructrice[75].
** Non considérés comme spécialistes de la santé dans la classification CITP.

| Code CITP | Catégories | Métiers ciblés | Domaines de rattachement au sein de Handicap International |
|---|---|---|---|
| **32** | **Professions intermédiaires de la santé** | | |
| 3214 | Techniciens de prothèses médicales et dentaires | Orthoprothésistes | Réadaptation |
| | | Podo-orthésistes | Réadaptation |
| 322 | Personnel infirmier et sages-femmes | | Santé & Réadaptation |
| 3253 | Agents de santé communautaire | | Santé, Réadaptation & Services Sociaux* |
| 3255 | Techniciens et assistants en physiothérapie ou en réadaptation | | Réadaptation |

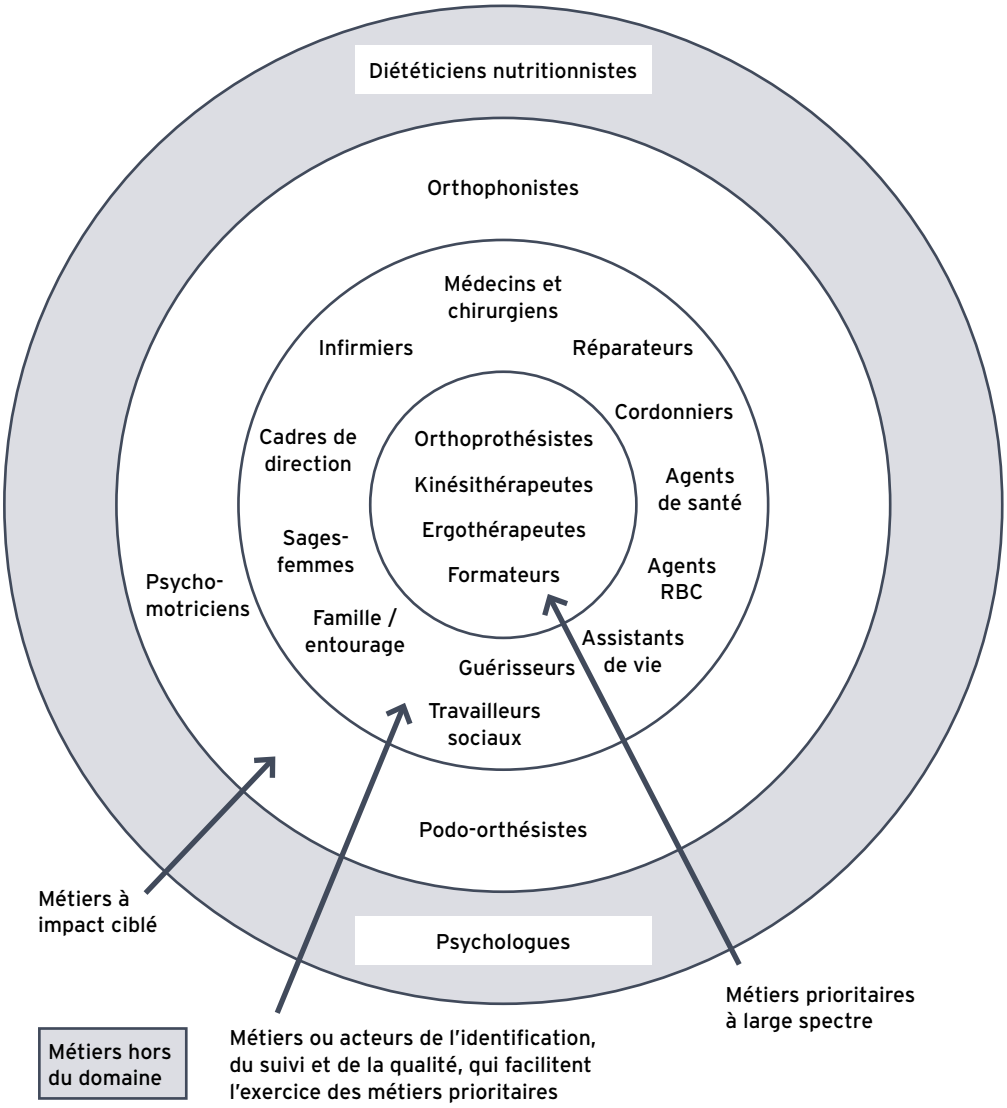
* Domaine « Services Sociaux, Économiques et Éducation ».

| Code CITP | Catégories | Métiers ciblés | Domaines de rattachement au sein de Handicap International |
|---|---|---|---|
| | **Professions de support** | | |
| 5322 | Aides-soignants à domicile | Assistants de vie | Santé, Réadaptation & Services Sociaux |
| 5329 | Personnel soignant et assimilé, non classé ailleurs | Guérisseur | Santé & Réadaptation |
| 7... Non référencés | Ouvriers orthoprothésistes | | Réadaptation |
| 7212 | **Soudeurs** et oxycoupeurs | Réparateurs d'aides à la mobilité (fauteuils roulants) | Réadaptation |
| 7522 | Ébénistes, **menuisiers** & assimilés | | Réadaptation |
| 7536 | Cordonniers & assimilés | Cordonniers bottiers | Réadaptation |
| | **Acteurs de proximité** | | |
| Non référencés | Agents de réadaptation à base communautaire | | Tous les domaines |
| | Groupes communautaires | | Tous les domaines |
| | Entourage proche | Famille & amis | Tous les domaines |
| | **Professions complémentaires** | | |
| 1342 | Cadres de direction | Services de santé | Santé & Réadaptation |
| 1343 | | Services aux personnes âgées | Santé, Réadaptation & Services Sociaux |
| 2310 | Professeurs d'université et d'établissements d'enseignement supérieur | Formateurs | Santé & Réadaptation |
| 2320 | Professeurs, enseignement technique et professionnel | | Santé & Réadaptation |
| 2634 | Psychologues | | Santé |
| 3412 | Professions intermédiaires du travail social | | Services sociaux |

# 2.3.2

## Les métiers portés par le domaine

### Priorisation des métiers en lien avec la réadaptation physique et fonctionnelle




© Handicap International, 2013

### Les métiers « cœur de cible » pour Handicap International

Handicap International pose comme principe[76] la nécessité que les projets mis en place aient un « impact le plus large possible (...) sur les conditions de vie des bénéficiaires finaux ».
Les métiers jugés prioritaires par le domaine répondent à ce principe et satisfont aux besoins du plus grand nombre.

- **Le kinésithérapeute** est concerné par l'identification et l'optimisation de la qualité de vie et du **potentiel de mouvement**, dans les domaines de la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, et vise le bien-être physique, psychologique, émotionnel et social. La kinésithérapie implique l'interaction du professionnel avec les usagers, les familles et les autres professionnels de santé, pour élaborer un processus d'évaluation et d'analyse des besoins de l'usager, un diagnostic et une stratégie thérapeutique. Pour aider le mouvement, sont utilisés des techniques manuelles, des exercices thérapeutiques, des appareils spécialisés[77].
  Le kinésithérapeute étant susceptible d'intervenir dans tous les champs pathologiques, de l'aigu au chronique, il est un professionnel incontournable de la réadaptation physique et fonctionnelle.

- **L'ergothérapeute** est concerné par l'**utilisation thérapeutique des activités** de la vie quotidienne avec des individus ou des groupes aux fins de participation à des rôles et des situations à la maison, à l'école, au travail, dans la communauté, à travers les loisirs et les activités ludiques. Dans ces contextes variés, l'ergothérapie s'intéresse aux fonctions physiques, cognitives, psychosociales, sensorielles, ainsi qu'à d'autres aspects liés à la performance, dans le but de soutenir la participation aux actes de la vie quotidienne. Les interventions en ergothérapie peuvent intéresser à la fois la personne (amélioration des capacités motrices, cognitives, psychosociales), l'environnement (conseils pour les aides à la locomotion, conseils à l'entourage pour améliorer l'assistance), la participation sociale (participation à l'évaluation pour améliorer l'apprentissage ou reprendre une activité professionnelle), ou une combinaison entre les trois selon les besoins[78].
  Considérant le processus de réadaptation et la nécessaire vision du handicap plus large que celle centrée sur les seules capacités physiques, la promotion de l'ergothérapie s'avère fondamentale dans nos projets.

- **L'orthoprothésiste** contribue à la compensation du handicap, à la correction des troubles fonctionnels et des déficiences par la **confection d'un appareillage visant à remplacer** (prothèse) un segment de membre **ou à assister** (orthèse) **une partie déficitaire du corps** (membres et tronc)[79].

Il apporte son expertise notamment dans le cadre de consultations pluridisciplinaires par l'examen de la personne et l'établissement d'un bilan corporel, fonctionnel et situationnel.
Il accompagne la personne lors des différentes étapes de son appareillage en mettant en place une relation soignant / soigné personnalisée.
De même, l'orthoprothésiste conseille, conçoit, adapte et délivre des aides techniques.
Selon le contexte, il fait appel à d'autres types de métiers (ouvrier, menuisier, soudeur).
L'orthoprothésiste étant susceptible de réaliser tout type d'appareillage, il est un professionnel incontournable de la réadaptation physique et fonctionnelle.
**Remarque** : afin de répondre aux besoins de chaussage liés à l'endémie du diabète et pour palier l'absence de professionnels podo-orthésistes[80], il est souhaitable que l'orthoprothésiste acquière des compétences en appareillage du pied par la formation continue (un travail de standardisation de ce métier est en cours au niveau européen entre les corporations des bottiers cordonniers, podo-orthésistes et l'ISPO).

- **Le formateur** est indispensable à l'émergence des professionnels de la réadaptation, à leur renouvellement et à l'entretien ou amélioration de leur niveau de compétences. Il est un des éléments clés du dispositif visant la disponibilité pérenne de ressources humaines compétentes. Il est issu d'un des métiers considérés dès lors qu'il s'agit d'enseignement clinique.

### Les métiers de soutien

Ils facilitent le travail des « cœur de cible » et améliorent la qualité et l'impact de leurs prestations (pertinence et continuité de prise en charge…).

### À propos des médecins

**Deux niveaux possibles d'intervention :**

- Médecin généraliste : sensibilisation en formation initiale, continue ou dans le cadre de l'exercice professionnel pour promouvoir la réadaptation et améliorer les prestations d'identification / référencement.
- Médecin spécialiste en réadaptation : promotion du développement de l'expertise et soutien à la création ou au renforcement de la spécialité en formation continue. Sollicitation de partenaires externes à Handicap International considérant le processus formel de formation trop lourd pour être porté par le domaine. Par extension, promotion de l'acquisition de compétences ciblées en orthopédie pour les chirurgiens (exemple : un bon niveau d'amputation facilite l'appareillage).

### Les métiers à impact ciblé

Ces métiers interviennent sur un nombre restreint de déficiences et incapacités. Par ailleurs, il n'existe pas de compétences en interne à Handicap International pour les promouvoir.
Quelques projets se sont développés autour de l'orthophonie et de la psychomotricité. Considérant que la promotion d'un métier est un processus lourd nécessitant un engagement au long cours, la mise en place

d'une stratégie visant la promotion de ces métiers doit s'assurer que :

- les métiers « cœur de cible », à large spectre, répondant au plus grand nombre de besoins et donc susceptibles d'avoir un « impact le plus large possible » existent, sont reconnus et n'ont pas besoin d'un accompagnement conséquent ;
- le besoin existe, formalisé par une demande locale ;
- des partenaires techniques existent pour garantir un niveau d'expertise adapté et durable.

**En résumé**

Doivent être considérés comme prioritaires les métiers permettant de répondre aux besoins les plus larges (impact) tels que la kinésithérapie, l'ergothérapie et les métiers de l'appareillage.
La promotion de tout autre métier de la réadaptation doit être garantie par une analyse situationnelle qui valide sa pertinence, considérant comme prérequis l'existence des métiers dits prioritaires et la qualité de leur cursus de formation.

# 2.3.3

## Métiers, compétences et standards

Les compétences de certains métiers de la réadaptation physique et fonctionnelle sont formalisées dans des documents produits par les organisations internationales professionnelles correspondantes, ces documents établissent des standards de référence à atteindre ou à respecter.
Ces standards ne répondent cependant pas tous de la même façon aux enjeux des pays en développement. Quand le standard visé n'existe pas ou n'est pas réaliste, Handicap International doit affirmer son propre positionnement et collecter les bonnes pratiques issues des projets existants afin de les exploiter pour influencer via les réseaux l'élaboration de documents de référence appropriés.

**Métiers bénéficiant de documents de référence de niveau international appropriés aux pays en développement :**

- Les orthoprothésistes catégorisés en deux niveaux de clinicien (avancé ou universitaire et intermédiaire) et un niveau technique (élémentaire)[81]. À noter cependant qu'ils ne sont répertoriés qu'au niveau intermédiaire dans la Classification Internationale Type de Professions (CITP).
- L'ergothérapie qui définit un socle commun accessible à tout contexte à partir duquel des qualifications supplémentaires sont envisagées selon les pays[82].
- Les métiers autour des services d'aides à la mobilité (fauteuils roulants), explicités dans un document de référence incluant les modules de formation[83].

**Métier bénéficiant de documents de référence de niveau international difficilement appropriés aux pays en développement** :

- Les kinésithérapeutes avec une recommandation de niveau de formation en master[84].

### Mise au point

Chaque fois qu'il est question de promouvoir l'émergence d'un métier ou de participer au renforcement de ses compétences propres, Handicap International promeut le respect des documents de référence existant, validés par les associations de professionnels ad hoc.
Toutefois, considérant que « nous recherchons la mise en œuvre de solutions contextualisées et réalistes »[85], Handicap International défend l'idée de la nécessaire adéquation entre les niveaux de compétences attendues et la réalité contextuelle des pays dans lesquels l'association intervient. C'est la raison pour laquelle Handicap International plaide pour la reconnaissance et la promotion d'un niveau intermédiaire en kinésithérapie dans les pays où le niveau de formation exigé par la WCPT est inaccessible[86].
Ainsi, selon les contextes, les métiers jugés prioritaires par Handicap International peuvent être soutenus en vue de développer des compétences de niveau spécialiste, intermédiaire ou support.

## 2.3.4

## Carences en ressources humaines

« Nous recherchons la mise en œuvre de solutions contextualisées et réalistes. Refusant les démarches stéréotypées, nous analysons les spécificités d'une situation pour identifier, dans le champ du possible, les actions et le mode opératoire les mieux adaptés »[87].

« La formation des professionnels [de la réadaptation] ainsi que d'autres catégories de personnel de santé, dans les pays en développement, peut se révéler plus complexe que dans les pays développés. Elle doit tenir compte de l'absence d'autres praticiens pouvant assurer des consultations ou prodiguer des conseils, ainsi que du manque de services médicaux, de traitements chirurgicaux et de soins de suivi dans les structures de soins de santé primaires. Le personnel de réadaptation qui travaille dans un cadre pauvre en ressources doit disposer de connaissances approfondies sur les pathologies et avoir de sérieuses compétences pour la résolution de problèmes, pour poser le bon diagnostic, prendre des décisions cliniques et communiquer »[88].

Nous sommes donc confrontés dans certains contextes à un paradoxe dans la mesure où il est nécessaire de promouvoir un champ de compétences étendu des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle pour compenser l'absence de certains professionnels, alors que dans ces contextes, la carence en ressources humaines s'accompagne souvent :

- d'un faible niveau d'éducation,
- parfois d'une compréhension influencée par des croyances traditionnelles,
- d'une compréhension limitée des problématiques centrées sur la santé et le handicap.

Réfléchir à des solutions permettant de promouvoir la réadaptation physique et fonctionnelle dans cette situation nécessitera de combiner trois paramètres :

- la **connaissance et reconnaissance** de la réadaptation physique et fonctionnelle par la population et les professionnels de santé,
- la **compétence** appropriée en réadaptation physique et fonctionnelle,
- les **actions ou prestations** réalistes et adaptées en réadaptation physique et fonctionnelle.

**Propositions d'actions**

- Sensibiliser / informer les populations et les professionnels de santé sur les enjeux et l'importance de la réadaptation physique et fonctionnelle en termes de bien-être et de santé publique, condition nécessaire à la valorisation de ces métiers souvent confrontés au prestige de la médication.
- « Former les professionnels de la santé non spécialisés (médecins, infirmiers, personnel de soins de santé primaires) aux questions liées au handicap et à la réadaptation, compte tenu de leur rôle et leurs responsabilité »[89].
- Renforcer le cycle « d'identification / référencement / prestation / suivi » par une approche systémique faisant travailler ensemble les professionnels de la santé, réadaptation physique et fonctionnelle inclue.
- Pour compenser l'absence fréquente de compétences médicales supposées prescrire les prises en charge de réadaptation physique et fonctionnelle, favoriser le travail pluridisciplinaire (consultation collective **intra sectorielle** en réadaptation entre les orthoprothésistes, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes quand ils existent) : sensibilisation en formation initiale sur l'intérêt du « travailler ensemble » et du travail de l'autre.
- Développer une approche communautaire pour structurer les mécanismes d'identification / référencement / suivi : « dans les environnements pauvres en ressources, [la réadaptation] peut faire appel à des non-spécialistes, tels que des agents de réadaptation à base communautaire, [des travailleurs sociaux], en plus de la famille, des amis et des groupes communautaires »[90].
- Développer des stratégies incitatives pour que des professionnels acceptent de travailler au niveau communautaire : un certain nombre de mesures sont appliquées concernant les professionnels de santé, s'appuyant notamment sur les recommandations de l'OMS[91]. Il reste cependant nécessaire de formaliser des recommandations concernant les professionnels de la réadaptation qui s'appuient sur celles de l'OMS, et sur une analyse des bonnes pratiques de Handicap International sur les différents projets de réadaptation physique et fonctionnelle développés au niveau communautaire.

- Promouvoir la diffusion des métiers « cœur de cible » sur un niveau intermédiaire plutôt que spécialiste : logique du nombre de professionnels plus rapidement formés pour une plus grande couverture, sous supervision de quelques spécialistes (voir **2.3.3** : Mise au point)[92].
- Concernant ces niveaux intermédiaires, développer des modèles de formation en alternance sous supervision, ce qui permet l'ouverture ou l'amélioration de la qualité de services de réadaptation en même temps qu'est enclenché le processus de formation. Ce dispositif peut par ailleurs favoriser la rétention des professionnels dans la mesure où il s'adresse à des personnes recrutées par le service de réadaptation qui se crée ou se développe.
- Réfléchir à la promotion de compétences partagées (ou « skill mix ») : « le personnel de santé, les thérapeutes et les techniciens de niveau intermédiaire peuvent être formés pour devenir des agents de réadaptation polyvalents, avec une formation de base dans différentes disciplines (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, entre autres), ou des auxiliaires, dans une branche professionnelle donnée, qui fournissent des services de réadaptation en étant encadrés. (...) En l'absence de spécialistes de la réadaptation, le personnel de santé qui dispose d'une formation adéquate peut contribuer à remédier aux pénuries ou à compléter les services »[93].
  Cette préconisation portée par l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé[94] sous l'égide de l'OMS consistant à développer des compétences en réadaptation physique et fonctionnelle chez les professionnels de santé au sens large est en contradiction avec les standards professionnels existants. Elle peut être mise en place, selon l'analyse situationnelle, dans les contextes d'urgence où la pérennité n'est pas visée, mais ne doit par contre être envisagée dans toute autre situation que sous certaines conditions :
  - Si la formation envisagée **vise** les standards afin de pouvoir concevoir, quand la situation le permettra, une éventuelle mise à niveau pour les atteindre (formation continue).
  - Si les personnels formés sont reconnus localement dans leurs nouvelles compétences et intégrés dans le système (plan national de réadaptation ou de santé).
  - S'il est acté, dès que la situation le permettra, que cette formation initialement conçue soit remplacée par une formation respectant les standards. Dans ce cas, les professionnels initialement formés devront pouvoir bénéficier d'une remise à niveau pour atteindre ces standards ou, le cas échéant, le référentiel métier mis à jour n'exclura pas ces professionnels, tant qu'ils seront en exercice.

### Projet pilote en Haïti

Compte tenu du contexte particulier de carence en ressources humaines, Handicap International a fait le choix de développer une expérimentation autour du métier de **technicien en réadaptation** qui combine à la fois des compétences en kinésithérapie et en ergothérapie.
Cette formation de niveau intermédiaire qui vise à regrouper deux métiers dépendant du secteur de la réadaptation permet :

- de répondre à des besoins de prise en charge en réadaptation qui font appel à un champ de compétences plus large que celui de chacun des deux métiers, sans avoir besoin de démultiplier le nombre de professionnels,
- de créer une identité professionnelle en réadaptation, sans compromettre une possible évolution par la formation continue vers l'un ou l'autre des deux métiers quand la situation le permettra.

Le cadre et les modalités d'application de formation pour ce métier peuvent correspondre à ceux défendus pour la kinésithérapie de niveau intermédiaire (voir **2.3.3** : Mise au point).

# 2.3.5

## En résumé

### Métiers prioritaires

Le domaine considère comme prioritaire la promotion des métiers permettant de répondre aux besoins du plus grand nombre (impact). Il les répertorie en métiers « cœur de cible », métiers de soutien et métiers à impact ciblé.
Les métiers prioritaires « cœur de cible » incluent les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les métiers de l'appareillage, mais également les formateurs, indispensables à l'émergence des professionnels de la réadaptation, à leur renouvellement et à l'entretien ou amélioration de leur niveau de compétences.
La promotion de tout autre métier doit être garantie par une analyse situationnelle qui valide sa pertinence, considérant comme prérequis l'existence des métiers dits prioritaires et la qualité de leur cursus de formation.
Les métiers de soutien facilitent le travail des « cœur de cible » et améliorent la qualité et l'impact de leurs prestations (pertinence et continuité de prise en charge…), les métiers à impact ciblé interviennent sur un nombre restreint de déficiences et incapacités.

### Standards professionnels et réalité contextuelle

Il existe des standards de référence formalisant les compétences de certains métiers de la réadaptation physique et fonctionnelle. Chaque fois qu'il est question de promouvoir l'émergence d'un métier ou de participer au renforcement de ses compétences propres, Handicap International promeut le respect des documents de référence existant, validés par les associations de professionnels ad hoc.

Quand le standard n'existe pas ou qu'il n'est pas en adéquation avec la réalité contextuelle des pays en développement, Handicap International doit affirmer son propre positionnement et collecter les bonnes pratiques issues des projets existants afin de les exploiter pour influencer, via les réseaux, l'élaboration de documents de référence appropriés.
C'est la raison pour laquelle Handicap International plaide pour la reconnaissance et la promotion d'un niveau intermédiaire en kinésithérapie. Dans le même ordre d'idée, les métiers jugés prioritaires par Handicap International peuvent être soutenus en vue de développer des compétences de niveau spécialiste, intermédiaire ou support.

### Carences en ressources humaines

Réfléchir à des solutions permettant de promouvoir la réadaptation physique et fonctionnelle dans les contextes de carences en ressources humaines nécessite de combiner trois paramètres :

- la connaissance et reconnaissance de la réadaptation physique et fonctionnelle par la population et les professionnels de santé,
- la compétence appropriée en réadaptation physique et fonctionnelle,
- les actions ou prestations réalistes et adaptées en réadaptation physique et fonctionnelle.

**Propositions d'actions**

- Développer des actions de sensibilisation auprès des populations et de formation des professionnels de santé sur les questions liées au handicap et sur les enjeux et l'importance de la réadaptation physique et fonctionnelle.
- Développer une approche communautaire pour structurer le cycle « d'identification / référencement / suivi ». Renforcer ce cycle au niveau des prestations par une approche systémique faisant travailler ensemble les professionnels de la santé, réadaptation physique et fonctionnelle inclue. Développer également des stratégies incitatives pour que des professionnels acceptent de travailler au niveau communautaire.
- Promouvoir la diffusion des métiers « cœur de cible » sur un niveau intermédiaire plutôt que spécialiste : logique du nombre de professionnels plus rapidement formés pour une plus grande couverture. Développer des formations en alternance sous supervision.
- Favoriser le travail pluridisciplinaire des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle entre eux pour compenser l'absence fréquente de compétences médicales supposées prescrire les prises en charge de réadaptation physique et fonctionnelle, voire, sous certaines conditions, promouvoir le partage des compétences en réadaptation physique et fonctionnelle avec les professionnels de santé.
- Suivre l'évolution du projet pilote développé en Haïti qui expérimente le métier de technicien en réadaptation (métier qui combine à la fois des compétences en kinésithérapie et en ergothérapie) pour le dupliquer après évaluation de son impact.

# 2.4 Les thématiques de la réadaptation physique et fonctionnelle

Le domaine « Services de Réadaptation » est susceptible de promouvoir et accompagner le développement de projets portant sur un nombre important de thématiques, la plupart pouvant en soi faire l'objet d'un document de référence. En présentant les enjeux, grands principes et recommandations propres à la réadaptation physique et fonctionnelle et pour garantir une cohérence technique dans les écrits, ce document :

- pose le cadre à l'intérieur duquel chaque document thématique pourra être rédigé,
- sert de guide à tout document produit par la Direction des Ressources Techniques (DRT) se référant à la réadaptation physique et fonctionnelle.

Chaque document thématique produit permettra d'alimenter, de guider ou de compléter la réflexion en termes de recommandations lors de l'élaboration de projets en réadaptation physique et fonctionnelle.

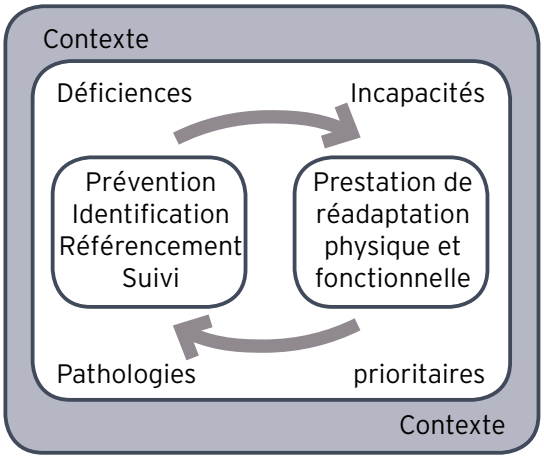
L'objet de cette partie est donc de proposer une organisation logique permettant d'élaborer une liste non exhaustive et évolutive de thématiques propres au domaine pouvant faire l'objet d'un document spécifique.

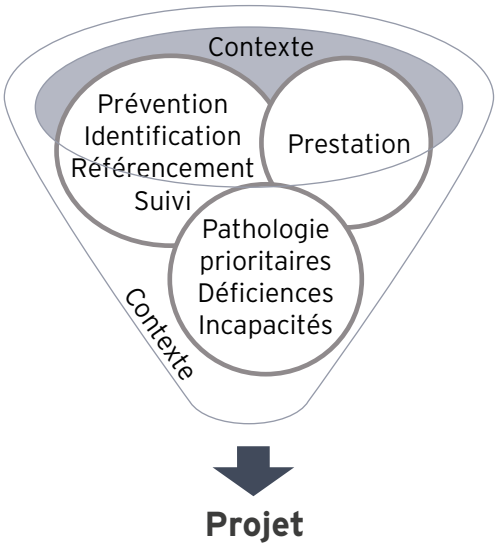
La prestation de réadaptation est au cœur des préoccupations du domaine, elle s'exerce au regard d'une pathologie induisant des déficiences et incapacités, dans un contexte donné et dépend des actions de prévention et de celles liées au cycle « de l'identification au suivi ».

Tout en considérant les recommandations de l'OMS pour surmonter les obstacles à la réadaptation, nous considérerons donc quatre paramètres (voir schéma) qu'il sera nécessaire de croiser quand il s'agit de concevoir un projet en réadaptation physique et fonctionnelle.

**Modalités d'intervention auprès de l'usager en réadaptation physique et fonctionnelle**

**Quatre paramètres à prendre en compte lors de l'élaboration d'un projet**

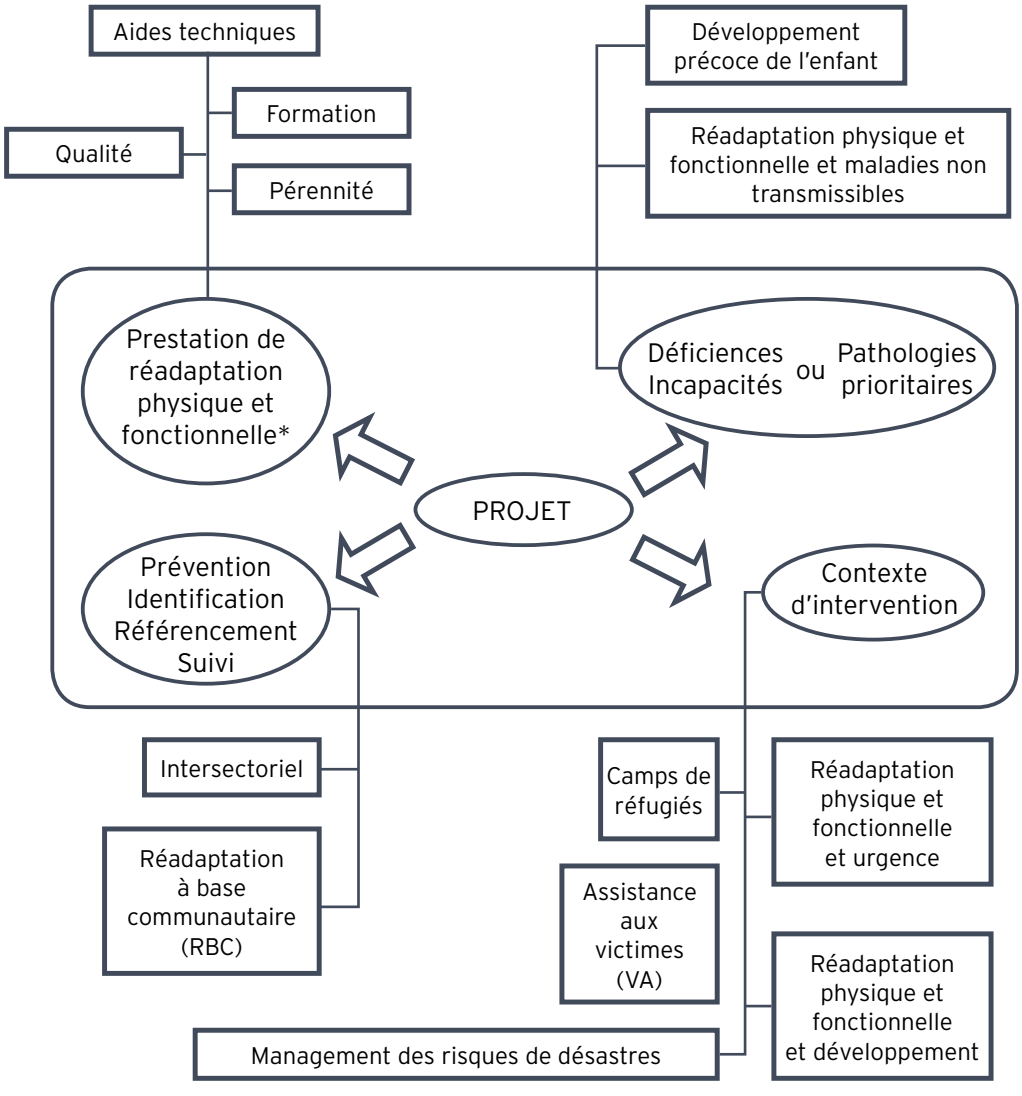



© Handicap International, 2013

À chacun de ces paramètres correspond un ensemble de thématiques à l'intérieur desquelles peuvent être listés les documents du domaine, existants ou à venir.

**Thématiques projet par paramètre**




* Contexte de développement

© Handicap International, 2013

Cette liste par thème présentée sous forme de tableau et mise à jour par le domaine doit servir d'outil permettant de planifier la rédaction des documents non encore existants selon les priorités définies dans le cadre de la stratégie pluriannuelle pour la réadaptation physique et fonctionnelle.

### Trame du tableau listant les documents produits ou à produire par le domaine

| **Thématique principale** | **Nombre de documents** | **Statut** | **Publication Handicap International** (interne ou externe) |
|---|---|---|---|
| **Prestation de réadaptation physique et fonctionnelle** | | | |
| Pérennité | 4 | Publiés : 8<br>En développement : 8<br>En réflexion : 2 | Interne : 15<br>Externe : 3 |
| Qualité | 5 | | |
| Formation | 3 | | |
| Aides techniques | 6 | | |
| **Prévention / Identification / Référencement / Suivi en réadaptation physique et fonctionnelle** | | | |
| Intersectoriel | 4 | Publiés : 2<br>En développement : 3<br>En réflexion : 2 | Interne : 6<br>Externe : 1 |
| Réadaptation à Base Communautaire | 3 | | |
| **Déficiences / Incapacités ou Pathologies prioritaires** | | | |
| Réadaptation physique et fonctionnelle et Maladies non transmissibles | 2 | Publiés : 2<br>En développement : 3<br>En réflexion : 1 | Interne |
| Développement précoce de l'enfant | 4 | | |
| **Contexte d'intervention pour la réadaptation physique et fonctionnelle** | | | |
| Développement | 1 | Présent document | Interne |
| Urgence | 5 | Publié : 1<br>En développement : 2<br>En réflexion : 2 | |
| Camps de réfugiés | 1 | En réflexion | |
| Assistance aux victimes | 1 | En développement | |
| Management des risques de désastres | 1 | En réflexion | |

Ce tableau, détaillé et mis à jour régulièrement, est consultable sur SkillWeb : http://www.hiproweb.org/fr/accueil/secteurs-de-competence-et-dactivites/readaptation.html

# 2.5 Perspectives 2011-2015

Considérant les actions développées en réadaptation physique et fonctionnelle, Handicap International a acquis, au fil de son histoire, légitimité et notoriété.
La mise en œuvre de la stratégie fédérale 2011-2015[95] renforce la dynamique portée par le domaine « Services de Réadaptation ». Un des cinq objectifs prioritaires pour cette période est l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les situations de reconstruction et de développement. Les principales perspectives du domaine pour les trois ans à venir, selon les grandes lignes définies par la stratégie fédérale, sont de continuer ou de développer l'investissement dans les champs suivants :

### Influence des politiques et des pratiques

Nous structurons notre démarche de recherche (thématiques et collaborations scientifiques) afin de promouvoir des pratiques adaptées, et nous plaidons auprès des institutions et des bailleurs de fonds pour qu'ils assument leur responsabilité de fournir les ressources indispensables à la structuration durable des systèmes et secteurs.
« La durée d'action d'un programme de Handicap International dans un pays joue un rôle clé dans la définition des stratégies d'action à moyen et long termes. On ne peut pas envisager une stratégie qui cible le système de services sur une présence de courte durée. L'introduction pérenne d'un nouveau type de service sur une large échelle, l'appui visant les politiques nationales dans le secteur des services, la formation initiale et le suivi des professionnels, toutes ces actions demandent une présence stable de Handicap International dans le pays, pour une période bien déterminée.
Dans un contexte de reconstruction ou développement, l'intervention aux niveaux locaux et nationaux demande une présence estimée à 4-5 ans au minimum pour effectuer un changement pérenne.
En revanche, si la présence de Handicap International est estimée à court terme (1-3 ans), il est recommandé de programmer des actions en appui à certains services, sans oublier des mesures de multiplication des résultats positifs. Dans ce cas, il s'avère particulièrement important de forger des alliances ou des partenariats avec des acteurs qui restent plus longtemps dans le pays, le territoire ou la région, afin de transférer les rôles « multiplicateurs » et les compétences nécessaires par un appui intensif à ces acteurs »[96].

### Qualité et pérennité des services de réadaptation

- Nous finalisons la phase de test et la mise en application du « système de gestion de services de réadaptation » issu des programmes de Handicap International en Asie du Sud, pour diffusion dans d'autres programmes afin de promouvoir dans nos projets un processus complet et continu de la gestion de la qualité au niveau du système et des services de réadaptation physique et fonctionnelle.

- Les résultats de la recherche entreprise sur la pérennité des services de réadaptation[97] sont exploités, sous forme de leçons apprises, pour concevoir une méthodologie d'approche, d'analyse et de planification sectorielles à un niveau national.

### Professions de la réadaptation

Nous renforçons nos outils d'accompagnement visant l'amélioration de la qualité et la pertinence des formations initiales, continues et des remises à niveau des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle.

### Soins post-traumatiques et réadaptation

En collaboration avec la Direction de l'Action d'Urgence, nous élaborons des outils visant à faciliter la mise en place d'une démarche qualité, dans le respect des protocoles et techniques recommandés (appareillage d'urgence).

### En perspective

- **Accès financier aux services de réadaptation**
  Nous proposerons une recherche-action et des actions de terrain concernant l'amélioration de l'accès financier des personnes défavorisées aux services de réadaptation physique et fonctionnelle.
- **Chirurgie orthopédique et chirurgie réparatrice**
  Nous procéderons à une revue de nos expériences afin d'utiliser les leçons apprises pour poser le cadre à l'intérieur duquel seront développées nos actions, et de mobiliser les réseaux internationaux de professionnels spécialisés.

Enfin, nos travaux internes pourront alimenter et s'enrichir de la collaboration avec l'OMS visant à produire le Guide de Réadaptation en Santé (2014), qui apportera un cadrage de référence pour les dix prochaines années. Ce nouveau référentiel OMS spécifique à notre champ d'intervention constituera un appui essentiel pour plaider l'intégration de la réadaptation physique et fonctionnelle dans la santé.

Togo, 2001

# Annexes

ACRONYMES 74

BIBLIOGRAPHIE 75

NOTES 77

# Acronymes

| | |
|---|---|
| **CIF** | Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé |
| **CITP** | Classification Internationale Type de Professions |
| **CRDPH** | Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées |
| **DAD** | Direction de l'Action de Développement |
| **DAU** | Direction de l'Action d'Urgence |
| **DRT** | Direction des Ressources Techniques |
| **FATO** | Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes |
| **IDDC** | International Disability and Development Consortium |
| **ISPO** | International Society for Prosthetics and Orthotics |
| **OI** | Organisation Internationale |
| **OMD** | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| **OMS** | Organisation mondiale de la Santé |
| **ONG** | Organisation Non Gouvernementale |
| **OPH** | Organisation de Personnes Handicapées |
| **PPH** | Processus de Production du Handicap |
| **RBC** | Réadaptation à Base Communautaire |
| **SIDA** | Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| **SMI** | Santé Maternelle et Infantile |
| **UN** | United Nations |
| **VA** | Victim Assistance |
| **VIH** | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| **WCPT** | World Confederation for Physical Therapy |
| **WFOT** | World Federation of Occupational Therapists |

# Bibliographie


- Handicap International. **Stratégie simplifiée.** 2011

- Handicap International. **Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle.** 2010, 19 p.

- Handicap International. **Étude genre et handicap : analyse transversale de la corrélation entre le genre et le handicap dans les secteurs d'intervention de Handicap International.** 2007

- Handicap International. **Person Centred Approaches – PCA (draft).** 2013

- Handicap International. **L'accès aux services pour les personnes handicapées.** 2010, 101 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/HI_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf

- Handicap International. **Document cadre sur la différenciation opérationnelle dans les urgences.** 2013, 17 p.

- Handicap International. **Disability & Vulnerability Focal Points (Antennes Handicap & Vulnérabilité).** Guide méthodologique, 2013 (à paraître).

- Handicap International. **Les services d'aides roulantes à la mobilité et leurs dispositifs d'installation et de positionnement : intégrer les aides roulantes à la mobilité - et leurs dispositifs d'installation et de positionnement - aux prestations de réadaptation en contextes d'urgence et de développement.** 2013, 54 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC09AidesRoulantes.pdf

- Handicap International. **Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire.** 2012, 104 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DiabeteDC06.pdf

- Handicap International. **Appui aux organisations représentatives des personnes handicapées.** 2011, 98 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/AppuiAuxOPH.pdf

- Handicap International. **Santé mentale en contextes de post-crise et de développement.** 2011, 74 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf

- Handicap International. **Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle.** Guide méthodologique, 2012, 106 p. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM08Perennite.pdf

- Handicap International. **Positionnement sur les formations de niveau intermédiaire en kinésithérapie.** 2007, 4 p.

- Handicap International. **Recommendations,** in **Processes and approaches to enable sustainable access to quality rehabilitation services: Comparative study of Handicap International programmes in Albania, Kosovo and Mozambique.** 2012, p. 24-27 http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/SustainableAccessToQualityRehabilitationSdRs07.pdf

- Handicap International, Tublu Y. **Impact des soins de réadaptation sur l'insertion sociale des personnes handicapées au Togo : enquête auprès de 30 personnes amputées de membre inférieur.** 2009, 42 p. http://www.asksource.info/pdf/35899_ImpactRehabCareTogo_FR_2009.pdf

- International Society for Prosthetics and Orthotics : www.ispoint.org

- Landmine Survivors Network. **Prothèses et orthèses, Guide de projet / Assistance aux services d'appareillage orthopédique dans les pays à faibles revenus.** Document de travail approuvé ISPO, 2006

- Nations Unies. **Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH), articles 1er, 11 et 32** http://www.un.org/french/disabilities/

- OCDE. **Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats.** 2002, 38 p. http://www.oecd.org/development/peer-reviews/2754804.pdf

- OMS. **Chapitre 4 : La Réadaptation,** in **Rapport mondial sur le handicap.** 2011, p. 105-150 http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf

- OMS. **Rapport sur la santé dans le monde 2003 : façonner l'avenir.** 2003, 193 p. http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf

- OMS. **Document de synthèse conjoint sur la fourniture de dispositifs d'aide à la mobilité dans les régions à faibles revenus.** 2012, 31 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75858/1/9789242502886_fre.pdf

- OMS. **Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC.** 2011, 7 booklets http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/

- OMS. **Accroître l'accès aux professionnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale.** 2010, 73 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242564013_fre.pdf

- OMS. **Résolution WHA59.23 : Accélération de la production de personnels de santé.** 2006, 2 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21631/1/WHA59_R23-fr.pdf

- OMS/ISPO/USAID. **Guide pour les services de fauteuils roulants dans les régions à faibles revenus.** 2008, 137 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242547481_fre.pdf

- OMS. **Alliance mondiale pour les personnels de santé** : http://www.who.int/workforcealliance/fr/index.html

- OMS/ISPO. **Guide pour la formation du personnel des services de Prothèses et d'Orthèses dans les pays en développement.** 2009, 56 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9782909064161_fre.pdf

- Organisation International du Travail. **Classification internationale type des professions (CITP).** www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm

- World Confederation for Physical Therapy : www.wcpt.org

- World Federation of Occupational Therapists : www.wfot.org

- World Health Organization. **Rehabilitation Guidelines, Concept Note.** 2012

# Notes

1. OMS, Rapport mondial sur le handicap, 2011.

2. OMS, Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC, 2011.

3. Handicap International, La stratégie 2011-2015, 2011.

4. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, 2010.

5. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Préface, 2011.

6. OMS/ISPO, Guide pour la formation du personnel des services de Prothèses et d'Orthèses dans les pays en développement, 2009, p. 6.

7. OMS/ISPO/USAID, Guide pour les services de fauteuils roulants dans les régions à faibles revenus, 2008, p. 21.

8. OMS, Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC, Module Santé, 2011, p. 57.

9. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2003 : façonner l'avenir.

10. WHO, Rehabilitation Guidelines, Concept Note, 2012.

11. Handicap International, La stratégie 2011-2015, 2011.

12. Handicap International, Principes d'intervention, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 10.

13. Handicap International, Étude genre et handicap : analyse transversale de la corrélation entre le genre et le handicap dans les secteurs d'intervention de Handicap International, 2007.

14. http://www.un.org/french/disabilities/

15. Handicap International, Person Centred Approaches – PCA, draft.

16. Objectif n° 3 du Millénaire pour le Développement : « promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ».

17. OMS, Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC, 2011.

18. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 108.

19. La santé est définie de manière large comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », OMS, Préambule à la Constitution, 1946.

20. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 111.

21. Les kinésithérapeutes sont appelés physiothérapeutes dans certains pays francophones.

22. Appelés également orthophonistes-logopèdes.

23. Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH), article 1er.

## Notes

↪ 24. Handicap International, Santé mentale en contextes de post-crise et de développement, 2011, p. 22-23.

↪ 25. Handicap International, Principes relatifs aux cadres conceptuels, approches, références et outils méthodologiques, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 12.

↪ 26. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 116.

↪ 27. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 108 : « Former les personnes handicapées est essentiel pour développer un savoir et des compétences nécessaires à l'auto-assistance, aux soins, à la gestion de sa situation et à la prise de décisions. Si les personnes handicapées et leur famille sont associées à la réadaptation, les améliorations en termes de santé et au niveau fonctionnel seront d'autant plus grandes ».

↪ 28. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 108.

↪ 29. Handicap International, Principes relatifs aux modes d'intervention, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 11.

↪ 30. Handicap International, Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle, Guide méthodologique, 2012.

↪ 31. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, 2010.

↪ 32. « Effets à long terme, positifs et négatifs, primaires et secondaires, induits par une action de développement, directement ou non, intentionnellement ou non », OCDE, Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats, 2002, p. 25.

↪ 33. Handicap International, Appui aux organisations représentatives des personnes handicapées, 2011.

↪ 34. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 119.

↪ 35. « Les projets servent à apporter une assistance limitée dans le temps aux programmes qui, eux, sont conçus pour être permanents puisqu'ils doivent répondre à des besoins continus de la société », Landmine Survivors Network, Prothèses et orthèses Guide de projet / Assistance aux services d'appareillage orthopédique dans les pays à faibles revenus, Document de travail approuvé ISPO, 2006.

↪ 36. Handicap International, Principes relatifs aux modes d'intervention, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 11.

↪ 37. Handicap International, Les contextes, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 6-7.

↪ 38. Handicap International, Disability & Vulnerability Focal Points (Antennes Handicap & Vulnérabilité), Guide méthodologique, partie Dispositif DVFP et Cycle de projet, 2013, p. 25 (draft).

↪ 39. Handicap International, Document cadre sur la différenciation opérationnelle dans les urgences, 2013.

↪ 40. Handicap International, Disability & Vulnerability Focal Points (Antennes Handicap & Vulnérabilité), Guide méthodologique, 2013 (draft).

↪ 41. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, 2010, p. 19-21.

↪ 42. Idem, la gamme des services, p. 13 & 15.

↪ 43. Handicap International, Principes relatifs à la coordination, au partenariat et à la pérennité, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 11.

↪ 44. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 117.

↪ 45. Handicap International, Principes relatifs aux bénéficiaires et aux niveaux d'intervention, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 10.

↪ 46. OMS, Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC, Gestion, 2011, p. 34.

↪ 47. OMS, Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC, Module Santé, 2011.

↪ 48. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 125.

↪ 49. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 133.

↪ 50. OMS, Réadaptation à Base Communautaire, Guide de RBC, Module Santé, 2011, p. 52.

↪ 51. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, 2010, p. 90 à 93.

↪ 52. Un guide produit par le domaine concernant la gestion de service de réadaptation est actuellement testé (projet pilote). Son objectif est d'initier un processus complet et continu de gestion de la qualité (Rehabilitation Management System).

↪ 53. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, La gamme des services, 2010, p. 13 & 15.

↪ 54. Handicap International, Les services d'aides roulantes à la mobilité et leurs dispositifs d'installation et de positionnement : intégrer les aides roulantes à la mobilité - et leurs dispositifs d'installation et de positionnement - aux prestations de réadaptation en contextes d'urgence et de développement, 2013.

↪ 55. Les affections aiguës, opposées aux affections chroniques ou de long cours, nécessitent une intervention rapide, souvent intensive, sur une période courte (30 à 60 jours) généralement suivie d'une période de convalescence. Elles concernent les blessures ou maladies sévères dans un contexte d'urgence médicale ou de postopératoire.

↪ 56. Considérant les activités développées dans les projets, la prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle des affections aiguës n'est envisagée aujourd'hui que dans les projets d'urgence.

↪ 57. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 114.

↪ 58. Idem, p. 131.

## Notes

59. Handicap International, Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle, Guide méthodologique, 2012, p. 33 et suivantes.

60. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 139.

61. Idem, p. 121.

62. Idem, p. 139.

63. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, Fiche technique Accès Financier, 2010, p. 90 à 93.

64. Handicap International, Processes and approaches to enable sustainable access to quality rehabilitation services, recommendations, 2012, p. 27.

65. Idem, p. 25.

66. Handicap International, Tublu Y., Impact des soins de réadaptation sur l'insertion sociale des personnes handicapées au Togo : enquête auprès de 30 personnes amputées de membre inférieur, 2009.

67. OMS, Document de synthèse conjoint sur la fourniture de dispositifs d'aide à la mobilité dans les régions à faibles revenus, 2012.

68. Handicap International, Principes relatifs à la démarche qualité et à l'impact, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 12.

69. Handicap International, Principes relatifs à la responsabilité et à la transparence, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 15.

70. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 137.

71. Handicap International, Principes relatifs au témoignage et au plaidoyer, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 13.

72. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, Analyse des contextes, 2010, p. 37-38.

73. Handicap International, La stratégie 2011-2015, 2.4 : Objectifs prioritaires, 2011.

74. Organisation International du Travail, 2008 : www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm

75. Handicap International, Stratégie simplifiée, 2.4.2 : Accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les situations de reconstruction et de développement, 2011.

76. Handicap International, Principes relatifs aux bénéficiaires et aux niveaux d'intervention, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 10.

77. World Confederation for Physical Therapy : www.wcpt.org

78. World Federation of Occupational Therapists : www.wfot.org

↪ 79. International Society for Prosthetics and Orthotics : www.ispoint.org

↪ 80. Handicap International, Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire, 2012, p. 56-63.

↪ 81. OMS, Guide pour la formation du personnel des services de prothèses et d'orthèses dans les pays en développement, 2009.

↪ 82. WFOT, Déclaration de position sur les qualifications de base en ergothérapie, 2009.

↪ 83. OMS, Guide pour les services de fauteuils roulants dans les régions à faibles revenus, 2008.

↪ 84. World Confederation for Physical Therapy, Policy Statement on Education, 2011.

↪ 85. Handicap International, Principes relatifs aux modes d'intervention, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 11.

↪ 86. Positionnement de Handicap International sur les formations de niveau intermédiaire en kinésithérapie, 2007.

↪ 87. Handicap International, Principes relatifs aux modes d'intervention, in Mission, Champ d'action, Principes d'intervention, Charte, Identité visuelle, 2010, p. 11.

↪ 88. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 122.

↪ 89. Idem, p. 139.

↪ 90. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 108.

↪ 91. OMS, Accroître l'accès aux professionnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation, recommandations pour une politique mondiale, 2010.

↪ 92. OMS, résolution WHA59.23 sur l'accélération de la production de personnels de santé, 2006.

↪ 93. OMS, Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : La Réadaptation, 2011, p. 125-126.

↪ 94. OMS, www.who.int/workforcealliance/fr/index.html

↪ 95. Handicap International, La stratégie 2011-2015, 2011.

↪ 96. Handicap International, L'accès aux services pour les personnes handicapées, 2010, Analyse des contextes, p. 37-38.

↪ 97. Handicap International, Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle, Guide méthodologique, 2012.

**Crédits photographiques**
Couverture : © Bernard Franck / Handicap International (Cambodge, 2006)
Page 12 : © Brice Blondel / Handicap International (Népal, 2012 : Amarjit Rana, 4 ans, souffre d'infirmité motrice cérébrale. Il a reçu une chaise adaptée, un déambulateur et la visite régulière d'un agent communautaire. Ici avec Prema (agent communautaire), sa mère et son grand-père).
Page 36 : © S. Bonnet / Handicap International (Libéria, 2012 : Monrovia Rehabilitation Center, Konyon J. Woods, amputé en décembre 2005, suite à une infection due à un moustique).
Page 74 : © José Cerda / Handicap International (Togo, 2001 : Formation Enam).

**Éditeur**
Handicap International
14, avenue Berthelot
69361 Lyon cedex 07
France
publications@handicap-international.org

**Imprimeur**
NEVELLAND
GRAPHICS c.v.b.a. - s.o
Industriepark-drongen 21
9031 Gent
Belgique



Achevé d'imprimer en décembre 2013
Dépôt légal : décembre 2013

**La réadaptation physique et fonctionnelle**

Ce document présente les enjeux, grands principes et recommandations propres à la réadaptation physique et fonctionnelle pour Handicap International. Il pose avant tout le cadre global à l'intérieur duquel sont déclinés les éléments théoriques constitutifs du domaine « Services de Réadaptation » : l'objectif premier est d'assurer la cohérence entre le mandat de l'association et la mise en œuvre dans les programmes de projets se rattachant au champ d'intervention du domaine. L'objectif secondaire est de formaliser l'appropriation de référentiels externes et d'en proposer une déclinaison en interne. Ce document est constitué de deux grandes parties. La première partie présente les éléments théoriques constitutifs du domaine « Services de Réadaptation » : principes, modèles, approches ou contextes nécessaires à la conception d'une stratégie projet en réadaptation physique et fonctionnelle.
La seconde partie propose un cadre plus opérationnel à l'intérieur duquel sont déclinés les différents éléments théoriques. L'objectif est de guider le choix et aider à la prise de décision concernant les actions à entreprendre dans le champ de la réadaptation physique et fonctionnelle. Pour conclure, le document présente les différentes thématiques relevant du domaine ayant ou pouvant faire l'objet d'un document de référence.

**HANDICAP INTERNATIONAL**
**14, avenue Berthelot**
**69361 LYON Cedex 07**

**T. +33 (0) 4 78 69 79 79**
**F. +33 (0) 4 78 69 79 94**
**publications@handicap-international.org**

HANDICAP INTERNATIONAL