

Université de Montréal

La physiothérapie en pays en voie de développement : recommandations pour la préparation et la réalisation d'un tel projet

La réadaptation à base communautaire dans les pays en voie de
développement

par

© Maude Barrette, 2012

Les facteurs environnementaux influençant la participation de la personne
recevant des services de réadaptation à base communautaire

par

©Audrey Eve Jutras, 2012

Obstacles & stratégies d'adaptations liés à la préparation et la réalisation
d'un projet étudiant de physiothérapie en pays en voie de développement

par

©Marie-Michèle Côté, 2012

École de réadaptation
Faculté de médecine

Travail dirigé présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de M.Sc.
en physiothérapie

Mai, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :

La physiothérapie en pays en voie de développement : recommandations pour la
préparation et la réalisation d'un tel projet

Présenté par :

Maude Barrette

Marie-Michèle Côté

Audrey Eve Jutras

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Bonnie Swaine directeur de recherche

Chantal Camden, co-directeur

Abrégé

La physiothérapie en pays en voie de développement : recommandations pour la préparation et la réalisation d'un tel projet

Barrette M¹, Côté M-M¹, Jutras AE¹. En collaboration avec Swaine B², pht Ph.D et Camden C³ pht Ph.D. ¹Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal. ²Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation. ³Université de Sherbrooke.

Introduction/problématique : La popularité des projets étudiants dans les pays en voie de développement (PVD) est grandissante. Suite à notre expérience de travail au Népal, nous avons réalisé que notre préparation n'était pas optimale. Il y a un besoin d'approfondir les connaissances sur la préparation des étudiants qui désirent s'impliquer en physiothérapie dans un PVD.

Objectifs : Connaître la perception des étudiants effectuant un projet de physiothérapie dans un PVD sur leur préparation. Établir des recommandations en fonction de ces éléments afin d'améliorer l'impact d'un tel projet.

Méthodologie : Les entrevues individuelles ont été réalisées avec 4 étudiants ayant une expérience humanitaire de physiothérapie et 4 étudiants préparant un tel projet. L'analyse du contenu du verbatim a identifié les principaux thèmes liés à cette préparation qui ont été triangulés avec notre expérience personnelle et la littérature.

Résultats : La majorité des étudiants sans expérience se sentent peu outillés dans leur préparation alors que la plupart de ceux étant expérimentés trouvent leur préparation adéquate. Tous mentionnent que les principaux problèmes appréhendés/rencontrés lors du projet sont la barrière de langage et la culture différente. Les principales stratégies d'adaptation envisagées/utilisées par tous les étudiants sont les valeurs personnelles (ex : empathie, ouverture d'esprit) et la capacité de communication et d'adaptation.

Conclusion : Nous recommandons de: s'informer sur le pays (culture et système de santé local), comprendre le contexte du milieu de travail et, durant le projet, utiliser une approche thérapeutique visant la participation sociale des patients dans leur milieu.

Mots-clés : Analyse SWOT, coopération internationale, incapacités, pays en voie de développement, problèmes éthiques, RBC, réadaptation, rôle de la physiothérapie, santé mondiale, service de santé communautaire.

Table des matières

Liste des abréviations	6
Introduction	7
Section 1 : La réadaptation à base communautaire dans les pays en voie de développement	9
1. Introduction	10
2. La réadaptation à base communautaire (RBC).....	11
2.1 Principes et évolution.....	11
2.2 Matrice de la RBC.....	12
2.3 Création et gestion d'un programme de RBC	15
2.4 Agents communautaires	18
3. Conclusion	19
4. Références.....	21
Section 2 : Les facteurs environnementaux influençant la participation de la personne recevant des services de réadaptation à base communautaire.....	22
1. Introduction	23
2. Présentation de la CIF	23
3. Contextualisation de la CIF en RBC	24
4. La culture	26
4.1 Définition	26
4.2 Influence de la culture sur la participation.....	27
5. La famille et l'Approche Centrée sur la Famille (ACF).....	28
5.1 Historique et définition de l'ACF.....	28
5.2 Avantage et limites de l'ACF dans les pays industrialisés	30
5.3 Applicabilité de l'ACF en santé dans les pays en voie de développement.....	31
5.4 Applicabilité de l'ACF en RBC dans les pays en voie de développement	32
6. Les ressources en place	33
6.1 Les ressources financières	33
6.2 Les ressources matérielles :	35
6.3 Les ressources humaines :	36
7. Conclusion	37

8. Références	38
---------------------	----

Section 3 : Obstacles & stratégies d'adaptations liés à la préparation et la réalisation d'un projet étudiant de physiothérapie en pays en voie de développement

42	
1. Introduction & motivations	43
2. Causes des problèmes et obstacles rencontrés par des étudiants en physiothérapie pratiquant en pays en voie de développement	44
2.1 Facteurs internes	44
2.2 Facteurs externes	47
3. Stratégies d'adaptation	49
3.1 Valeurs et principes à adopter	50
3.2 La communication	52
3.3 Autres conseils	54
4. Conclusion	55
5. Références	57

Problématique	58
---------------------	----

Méthodologie	59
--------------------	----

Résultats et discussion	60
-------------------------------	----

4.1 Préparation personnelle	60
4.2 Communication	62
4.3 Collaboration	63
4.4 Culture locale	64
4.5 Valeurs et attentes personnelles	65
4.6 Ressources matérielles	65
4.7 Formation et connaissances académiques	66

Recommandations	68
-----------------------	----

Conclusion	71
------------------	----

Références	72
------------------	----

Annexes	73
---------------	----

Liste des abréviations

ACF : Approche centrée sur la famille

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

OPH : Organisation pour personnes handicapées

PVD : Pays en voie de développement

RBC : Réadaptation à base communautaire

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

UNICEF : Fondation des Nations Unies pour l'Enfance

Introduction

Nous étions trois étudiantes de 3^e année en physiothérapie à l'Université de Montréal qui étai^{er}nt intéressées à faire un projet humanitaire dans le cadre de notre travail dirigé de maîtrise. Nous étions toutes motivées à faire quelque chose de différent, qui pouvait à la fois aider les communautés dans le besoin et avoir un impact sur notre pratique. Nous nous sommes donc réunies et, après une préparation d'environ huit mois, nous sommes parties en mai 2011 au Népal. Notre expérience dans ce pays en voie de développement (PVD) a consisté en un mois de travail dans une organisation offrant des services de réadaptation à base communautaire (RBC) avec une clientèle pédiatrique lourdement handicapée. Nous avons œuvré dans la RBC-Bhaktapur, située dans la ville du même nom. Cette expérience était le point de départ de notre travail dirigé de maîtrise professionnelle.

Avant notre départ, la préparation réalisée fut laborieuse. D'abord, il a fallu financer notre projet par divers moyens (commanditaires, activités de financement), s'associer avec un organisme intermédiaire, obtenir les visas, les vaccins et les billets d'avion nécessaires. Nous avons aussi réalisé quelques lectures générales dans des guides de voyages sur la culture du pays. Puis, nous avons voulu nous préparer au niveau des connaissances académiques, car nous étions inquiètes de ne pas pouvoir consulter des livres de références sur l'évaluation et le traitement des conditions que nous allions rencontrer sur le terrain. Nous avons donc fait quelques recherches pour déterminer les pathologies pédiatriques les plus fréquentes au Népal. À partir de celles-ci, nous avons fait des revues de la littérature pour ensuite réaliser des résumés de la physiopathologie, des techniques d'évaluation et de traitement en lien avec chacune d'elles.

À notre arrivée au Népal, nous avons été confrontées à une toute autre réalité. La pratique de la physiothérapie était différente de celle que nous connaissions. Notamment, il n'y avait aucun physiothérapeute dans le centre, les enfants avaient des atteintes très sévères et le temps consacré à la physiothérapie par les intervenants locaux était presque nul. Nos résumés sur les différentes pathologies sont restés dans nos sacs et n'ont pas vraiment été utiles. En effet, les objectifs de réadaptation devaient être plus généraux que spécifiques, fonctionnels et réalistes dans la situation culturelle et économique des familles népalaises. Nous avons donc rapidement mis de côté nos méthodes d'évaluation et de traitement spécialisées ou trop ciblées. Il fallait faire preuve de créativité et utiliser les moyens disponibles dans la RBC-Bhaktapur pour pratiquer la physiothérapie. Cette expérience nous a amené à réaliser que notre préparation

n'avait pas été optimale et que cela avait eu un impact sur nos interventions avec les enfants de la RBC-Bhaktapur.

La popularité des projets étudiants dans les PVD étant grandissante il n'est pas rare de voir des étudiants ou des professionnels s'impliquer et aller travailler à l'étranger. Dans son article, Panosian[1] rapporte qu'en 1984, 6% des étudiants en médecine aux États-Unis participaient à un projet de santé humanitaire. En 2003, le pourcentage avait grimpé à 20%[1]. Il semble donc important d'approfondir le sujet de la préparation et de la réalisation de projets étudiants de physiothérapie dans les PVD afin d'aider les futurs étudiants volontaires. À partir de notre expérience au Népal, d'une revue de littérature et d'entrevues avec des étudiants en physiothérapie, des recommandations seront émises pour guider les étudiants dans leur préparation et dans la réalisation de leur projet.

Plusieurs des éléments qui auraient pu optimiser notre préparation seront discutés dans ce travail. D'abord, il aurait été important d'aborder le contexte de la réadaptation dans les PVD, la mission de la RBC et l'organisation de ses services afin de mieux cibler les besoins en réadaptation. Ensuite, durant la réalisation de notre projet, il aurait fallu mieux comprendre l'influence des facteurs environnementaux sur la participation des enfants atteints d'un handicap dans leur milieu. Ainsi, nous aurions pu intervenir sur ces facteurs et augmenter l'autonomie et la participation à long terme de ces jeunes népalais. Finalement, nous aurions pu prendre connaissances des différents obstacles qui peuvent être rencontrés dans ce type de projet et de quelle façon nous pouvons les surmonter. Suite à cette revue de littérature, nous présenterons les résultats des entrevues et terminerons avec quelques recommandations pour la préparation et la réalisation d'un projet étudiant de physiothérapie en PVD.

Référence :

1. Panosian, C. and T.J. Coates, *The new medical "missionaries"--grooming the next generation of global health workers*. New England Journal of Medicine, 2006. **354**(17): p. 1771-3.

Section 1 : La réadaptation à base communautaire dans les pays en voie de développement

par

Maude Barrette

École de réadaptation

Faculté de médecine

Travail dirigé présenté à Bonnie Swaine et Chantal Camden
en physiothérapie

Mai 2012

© Maude Barrette, 2012

LA RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

1. Introduction

Avant de quitter le Québec, nous avons des informations très générales sur la géographie, la culture, la religion et la politique du Népal. Cependant, le contexte plus précis de la réadaptation dans ce pays demeurerait flou. Nous avons de la difficulté à imaginer ce à quoi pourrait ressembler un centre de réadaptation dans un pays en voie de développement (PVD). Nous ignorions alors l'existence des programmes de réadaptation à base communautaire (RBC) incluant leur mission et leur organisation.

À notre arrivée au Népal, nous avons été introduites dans l'organisation de Bhaktapur qui nous a été brièvement présenté comme un centre de jour pour enfants ayant divers handicaps. Nous avons vécu un choc dès les premiers jours. Nous ne connaissions pas le fonctionnement du centre, les enfants étaient nombreux et nous ignorions le rôle des intervenants sur place. Il était alors difficile de trouver notre propre place et notre rôle dans ce nouveau milieu. C'est au fil du temps, d'observations et surtout grâce à de nombreuses discussions avec le directeur du centre, contexte dans la communauté et au Népal.

Notre expérience nous a montré que le contexte dans lequel nous travaillons a un impact sur notre pratique en tant qu'étudiante en physiothérapie et il y a donc un besoin d'approfondir nos connaissances sur les facteurs qui influencent le contexte entourant le travail d'un étudiant qui désire s'impliquer en physiothérapie dans un PVD. Puisque les programmes de RBC sont fréquents dans ces pays [1], il faudra d'abord clarifier ce que sont les programmes de RBC en discutant de leurs principes, leur évolution et leur gestion. Nous présenterons une brève recension des écrits sur la RBC suivie d'exemples tirés de notre expérience au Népal au sein de la RBC-Bhaktapur. Ces exemples permettront de mettre en contexte certains des concepts et de donner une idée concrète d'un programme de RBC en lien avec le travail au quotidien des étudiants en physiothérapie.

2. La réadaptation à base communautaire (RBC)

2.1 Principes et évolution

Le concept des programmes de RBC a été introduit en 1978 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [2]. À cette époque les programmes de RBC étaient créés spécifiquement dans le but d'améliorer l'accessibilité des soins dans les PVD en utilisant les ressources disponibles dans la communauté. Cette approche a évolué depuis ses débuts: bien que l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux personnes handicapées soit resté le même, la mission est devenue plus étendue en ne s'intéressant plus seulement à l'accessibilité, mais aussi aux droits des personnes vivant avec des incapacités. La RBC vise maintenant à développer des communautés plus inclusives où la participation des personnes handicapées est valorisée. Cette vision a changé graduellement la structure et l'organisation des programmes de RBC au cours des années. Ils sont passés de soins offerts dans la communauté à une approche qui se veut maintenant multisectorielle et décentralisée [3-5]. Cette transition a été facilitée au fil du temps, notamment par différentes consultations internationales en collaboration avec l'OMS et d'autres organisations.

En 2002, l'OMS, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), se sont entendus pour dire que la RBC était : "une stratégie de développement pour la réadaptation, l'égalité des opportunités et l'inclusion sociale des enfants et des adultes vivant avec des incapacités" [4]. Les objectifs visés par cette stratégie étaient donc de maximiser l'autonomie mentale et physique des personnes handicapées en leur facilitant l'accessibilité aux services de santé et de réadaptation et en faisant la promotion de leurs droits.

Dans le cadre d'une consultation internationale en 2003, l'OMS a revu et clarifié l'orientation des programmes de RBC avec la collaboration de divers organismes tels que: des organisations pour personnes handicapées (OPH), des organisations non-gouvernementales (ONG) et gouvernementales qui œuvrent de près avec les établissements qui offrent des programmes de RBC. Cette collaboration avait pour but de consolider les objectifs de 2002 des programmes de RBC et d'émettre des recommandations afin de les faire évoluer. Cette démarche a permis de statuer quatre stratégies d'action où les différents organismes pouvaient jouer un rôle. Les stratégies en question étaient: l'implication de la communauté, la collaboration multisectorielle, la participation des OPH dans les programmes de RBC et la mise à niveau des programmes afin d'augmenter leur impact [6].

Dans le rapport sur le handicap de 2011, l'OMS a redéfini la RBC de la façon suivante: "une stratégie de développement communautaire pour la réadaptation, l'égalité des opportunités, la réduction de la pauvreté et l'inclusion sociale" [7]. Les programmes de RBC devraient donc toucher, aujourd'hui, à plusieurs aspects de la vie et de l'environnement d'une personne vivant avec un handicap.

Le programme de RBC de l'organisation de Bhaktapur est un bon exemple de l'application des principes et de leur évolution. Après 27 ans de service au sein de la communauté de Bhaktapur, le programme de RBC a su s'intégrer et se faire connaître dans la communauté afin d'augmenter l'accessibilité des soins et rendre ses services disponibles. La ville de Bhaktapur se trouve à 13km de Katmandou; une organisation présente directement dans cette communauté permet donc de se rapprocher de la population qui ne pourrait se déplacer dans la capitale. De plus, le programme de RBC offre des visites à domicile qui favorisent également l'accessibilité.

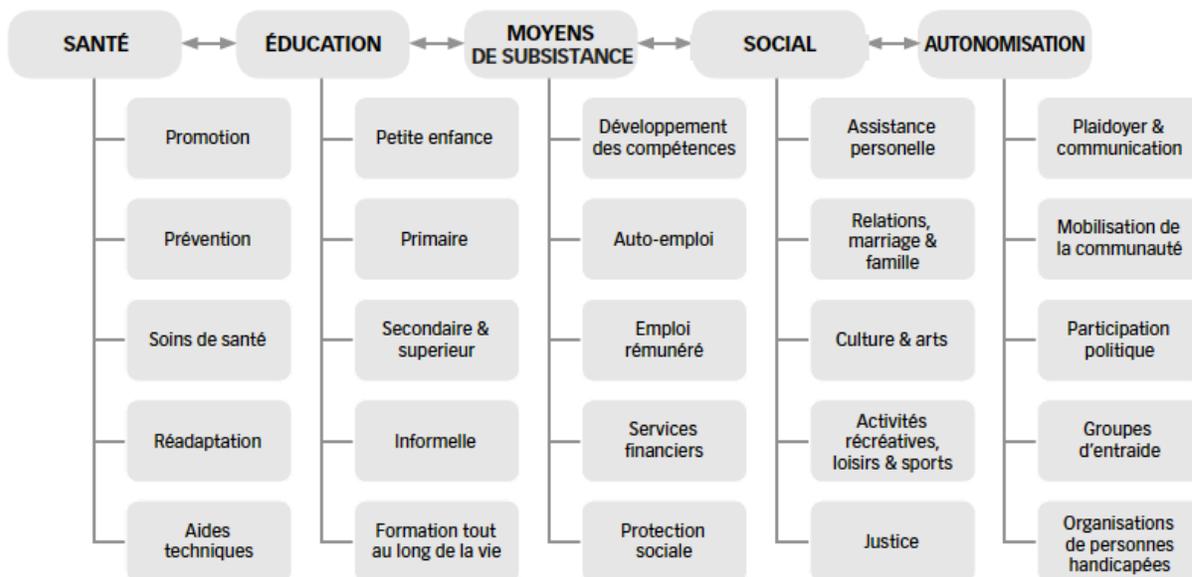
L'organisation de Bhaktapur s'attarde aussi aux droits des personnes handicapées. Le gouvernement népalais favorise le développement des programmes de RBC comme celui de la RBC-Bhaktapur afin de défendre les personnes vivant avec des incapacités, favoriser leur l'inclusion et leur participation. On peut donc dire que l'organisation de Bhaktapur réussit sa mission d'accessibilité et de défense des droits des personnes vivant avec des incapacités. Cependant, depuis 2009 l'organisation de Bhaktapur a perdu un de ses plus gros donateurs ce qui affecte grandement l'investissement possible dans les différents programmes du centre, et du même fait, l'impact qu'elle peut avoir dans la communauté.

Cela dit, les programmes de RBC tentent de maximiser la participation et l'autonomie des personnes vivant avec des déficiences. Pour ce faire, il faut considérer plusieurs sphères de leur vie et de leur environnement. L'OMS a développé la matrice de la RBC pour faciliter l'intégration des différents aspects pouvant affecter la vie et la participation d'une personne handicapée.

2.2 Matrice de la RBC

La RBC inclut des composantes clés qui touchent l'éducation, les moyens de subsistances, la vie sociale et l'autonomisation [8]. Ces cinq composantes font partie de la matrice de la RBC et chacune de celles-ci est divisée en cinq éléments clés qui permettent de montrer de façon plus concrète les différents champs d'action d'un programme de RBC (voir figure 1). Il est important de noter que chaque programme ne s'occupe pas de toutes les composantes ou de tous les éléments-clés, d'où l'importance de la collaboration avec d'autres secteurs gouvernementaux et d'autres organismes [5].

Fig. 1 : Matrice de la RBC



2.2.1 La santé, une des cinq composantes de la matrice de la RBC

Spécifiquement en ce qui concerne la physiothérapie, il ne faut pas oublier que même si le physiothérapeute a une formation axée sur la réadaptation, il a aussi un rôle important à jouer dans les autres composantes. De même, les agents communautaires qui faisaient de la réadaptation avec les enfants du programme de RBC de Bhaktapur prenaient aussi en charge une partie de leur éducation scolaire en leur enseignant des notions de base de lecture et d'écriture. En tant que volontaires dans l'organisation, nous avons également participé à des activités liées à l'éducation en apprenant des mots et des phrases en anglais aux enfants ayant un potentiel d'apprentissage. Cependant, c'est principalement par rapport à la composante santé que nous avons vécu notre expérience, car la majorité des activités de l'organisation de Bhaktapur était en lien avec celle-ci. C'est pourquoi j'ai choisi de détailler et de donner des exemples de stratégies concrètes en lien avec les éléments clés de la composante santé: la promotion, la prévention, les soins de santé, la réadaptation et les aides techniques.

2.2.1.1 Promotion

La promotion de la santé vise à informer les personnes vivant avec des incapacités et leur famille sur l'importance de maintenir une bonne santé [9]. Malgré le fait que l'état de santé d'une personne avec des incapacités est déjà altéré par une déficience, cela ne devrait pas affecter l'accessibilité qu'elle a aux activités de promotion de la santé. Les programmes de RBC peuvent

jouer un rôle d'éducation sur ce point et améliorer l'inclusion et la participation des personnes handicapées dans les activités de promotion de la santé. Dans l'organisation de Bhaktapur, la promotion de la santé n'était pas l'activité principale du centre. Cependant, dans un but d'autonomisation et de promotion de saines habitudes de vie, le programme de RBC offrait de l'éducation aux enfants du centre de jour de Bhaktapur. Par exemple, les agents communautaires prenaient le temps d'enseigner aux enfants à se brosser les dents et le brossage avait lieu à un moment bien établi dans la journée afin que ce geste fasse partie de leur routine. Cette activité peut également être considérée comme de la prévention, car elle diminue le risque de problèmes liés à une mauvaise hygiène dentaire.

2.2.1.2 Prévention

La prévention permet d'anticiper l'apparition d'une maladie, d'en faire le dépistage et le traitement tout en essayant d'éviter les conséquences de celle-ci. Pour les personnes vivant avec un handicap, il peut s'agir de prévenir les conséquences secondaires de leur déficience et d'éviter le développement d'autres déficiences ou problèmes de santé dans le futur, ou encore d'activités de prévention pour la population en général. Concrètement, les programmes de RBC peuvent faire connaître ces activités de prévention auprès des personnes en situation d'handicap et de leur famille, ainsi que de faciliter leur inclusion dans ces programmes. Il peut également s'agir d'activités liés au dépistage [9]. Par exemple, l'organisation de Bhaktapur offrait des programmes de dépistage pour la population dont une clinique d'oreille pour détecter les problèmes auditifs ainsi que des campagnes d'immunisation[10].

2.2.1.3 Soins de santé

De façon générale les soins de santé visent à dépister, évaluer et traiter les maladies ou les déficiences [9]. Le rôle des programmes de RBC est de s'assurer que les personnes vivant avec des incapacités ont accès aux soins de santé offerts dans la communauté [9]. Par exemple, lorsqu'un enfant était détecté avec des déficits auditifs dans la clinique d'oreille de Bhaktapur, l'organisation offrait l'information et la référence nécessaire pour l'accès aux chirurgies qui étaient faites en collaboration avec le gouvernement népalais [10].

2.2.1.4 Réadaptation

Selon le rapport de 2011 de l'OMS sur les incapacités, la réadaptation est l'ensemble des mesures pour venir en aide à une personne qui vit avec des incapacités dans le but de maintenir un rendement fonctionnel optimal dans leurs interactions avec l'environnement [7]. Les visites à domicile étaient une des méthodes utilisées pour offrir de la réadaptation dans le programme de RBC de Bhaktapur. Celles-ci permettaient aux agents communautaires d'aller

directement chez les enfants qui avaient besoin de réadaptation, mais qui ne pouvaient pas toujours se déplacer, soit à cause de leur handicap ou de la mauvaise température. La visite à domicile est une approche à prioriser pour augmenter l'accessibilité à la réadaptation, mais le manque de ressources humaines et matérielles sont souvent des facteurs limitant [11, 12]. Celle-ci est tout de même à promouvoir puisqu'il ne faut pas oublier que les programmes de RBC visent la participation, l'inclusion et l'égalité des opportunités pour les personnes avec des déficiences et que ces visites peuvent améliorer la participation des enfants handicapés. En effet, la réadaptation faite directement dans le milieu de vie de l'enfant pourrait lui permettre une meilleure adaptation dans son propre environnement pour ensuite l'aider à affronter les obstacles extérieurs. De même, pour faciliter la participation et l'inclusion sociale, il peut être nécessaire de favoriser l'intégration de ces enfants et de leur famille à la communauté en fournissant des aides techniques et de l'information sur les écoles spécialisés par exemple.

2.2.1.5 Aides techniques

Les aides techniques réfèrent à tous les dispositifs externes servant à assister une personne dans une tâche donnée [9]. Selon l'OMS seulement 5 à 15% des gens vivant dans des pays à faible revenu et qui ont besoin d'une aide technique y ont accès [9]. Or, pour certaines personnes handicapées l'aide technique a un impact majeur sur la participation sociale. Le support fournit par l'aide technique est essentiel pour certaines personnes qui veulent travailler ou se rendre à l'école. L'accès aux aides techniques peut donc être pris en charge par un programme de RBC qui peut évaluer le besoin d'une personne pour avoir une aide technique, lui donner l'information pour se la procurer ou la fabriquer et finalement offrir le service nécessaire pour son ajustement et son entretien. À Bhaktapur, le rôle du programme de RBC était surtout à titre informatif sur les organismes à contacter pour obtenir une aide technique et c'était aux familles de se procurer celle-ci. Ils pouvaient également donner des conseils généraux sur l'utilisation de l'aide technique et sur le positionnement de l'enfant.

Finalement, ces éléments clés liés à la santé peuvent tous être pris en charge par un programme de RBC. Comme mentionné plus tôt, l'implication dans chacun des éléments peut différer d'un programme à l'autre dépendant de son organisation et de sa gestion.

2.3 Création et gestion d'un programme de RBC

La RBC est une stratégie qui rejoint les gens directement dans la communauté, mais lors de la création d'un programme, l'initiative vient souvent du ministère ou d'une ONG [13]. Au niveau national, le gouvernement est responsable de fournir les politiques et les lois en lien avec la

réadaptation et les droits des personnes handicapés. La coordination entre le niveau national et local est essentielle afin de faciliter le soutien du ministère au programme [5, 13]. En effet, même après la création du programme, le ministère continue à avoir un rôle important dans la gestion en fournissant un cadre organisationnel et en donnant des allocations qui peuvent financer certains éléments du programme, comme la formation des agents communautaire [5, 13]. Chaque programme de RBC est distinct et peut s'organiser différemment, mais l'implication au niveau national augmente l'impact que celui-ci peut avoir dans la communauté comparativement à un programme isolé [13]. Par exemple, en Chine, l'engagement du gouvernement dans le programme de RBC garantit souvent son succès, alors que les projets financés par des organismes externes sont plus à risque de perdre leur financement et donc d'avoir une moins bonne pérennité [14].

Une fois que la décision est prise d'implanter un programme de RBC, le ministère ou l'ONG implique les autres organismes au niveau régional qui sont présents au sein de la communauté tels que les organisations de personnes handicapés (OPH), les comités de développement communautaires ou encore d'autres ONG. Un ou des directeurs seront désignés pour prendre en charge le programme de RBC au niveau régional. Ces personnes sont accessibles dans la communauté et travaillent de pair avec le ministère. À ce niveau, le directeur devrait avoir la formation et les connaissances nécessaires pour travailler auprès des personnes vivant avec des incapacités, mais il devrait aussi avoir la capacité de faire la gestion et la supervision du programme. Cela inclut, entre autres, la tenue de dossier sur les activités du programme, les rapports sur les services de réadaptations offerts aux niveaux régional et communautaire, la supervision du travail des agents communautaires et la collaboration avec les leaders des mouvements pour les personnes handicapés dans la communauté [5].

Finalement, au niveau communautaire, il est question concrètement de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes de RBC et la participation de la communauté est indispensable à tous ces degrés [6, 13]. Le programme de RBC doit répondre aux besoins de la communauté, des personnes handicapées et de leur famille. Il y a encore des programmes qui sont créés à partir de fonds disponibles pour un certain genre de projet ou de service plutôt que pour les réels besoins de la communauté. Cette dernière ne reçoit donc pas le service qui répond à ses besoins. De plus, cette situation n'offre pas de flexibilité pour le programme de RBC qui peut voir ses besoins changer et évoluer avec le temps, mais qui doit continuer de répondre aux standards d'un organisme payeur extérieur [15].

Afin de s'assurer de répondre aux besoins de la communauté, la coordination entre les niveaux communautaire et régional est cruciale. Le programme de RBC peut s'appuyer sur un comité local déjà présent dans la communauté qui démontre du leadership et qui facilitera la collaboration avec les secteurs locaux d'éducation, de santé, de transport, etc. Les directeurs de la RBC doivent être à l'écoute de la communauté et le comité local devra agir en fonction des besoins qui seront identifiés et priorisés. Le comité local devra donc mettre en œuvre des mesures afin d'informer la communauté sur les services de soutien disponibles et de collaborer avec les différents secteurs locaux pour maximiser l'inclusion des personnes handicapés [13]. Par exemple, dans la RBC-Bhaktapur, il y avait une collaboration entre le niveau communautaire et régional pour l'obtention des fauteuils roulants. Les agents communautaires œuvrant directement auprès des personnes handicapés étaient en mesure d'informer les personnes handicapées et leur famille sur les ressources disponibles et de référer aux organismes offrant les fauteuils roulants. Au niveau communautaire directement, l'organisation de Bhaktapur offrait également des séances informatives aux familles des personnes handicapées afin de leur donner des renseignements adéquats sur le handicap de leur enfant ainsi que sur les écoles et les organismes présents dans la région. De plus, les personnes handicapées elles-mêmes peuvent jouer un rôle important en éduquant d'autres personnes handicapés à travers leur expérience et les apprentissages qu'elles ont faits au fil du temps [5].

La séquence décrite précédemment, présente la situation où c'est un gouvernement ou une grosse ONG qui initie le programme de RBC à l'échelle nationale. Il n'est pas rare que ce dernier soit plutôt mis de l'avant par une ONG indépendante, au niveau communautaire. Dans ce cas, le développement du programme de RBC se fait parfois à l'inverse de la séquence décrite, c'est-à-dire qu'un programme est d'abord implanté dans une communauté, puis graduellement, différentes structures se développent afin d'organiser les activités de RBC au niveau régional et national.

Dans le cas de l'organisation de Bhaktapur, elle a été initiée en 1985 par la Fondation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), mais en 1990, une ONG, Save the Children Norway, a pris la relève et a participé de près au développement du programme de RBC au niveau communautaire. L'organisation de Bhaktapur a reçu du financement et de l'aide pour des projets ou des événements spécifiques de la part de plusieurs organismes tels que: Vision Mondiale, Handicap International et d'autres investisseurs privés. Par exemple, des donateurs privés norvégiens ont financé la création d'une clinique de physiothérapie à proximité de la RBC-Bhaktapur. Le gouvernement a aussi contribué au financement de l'organisation de Bhaktapur

dans le cadre de projets précis et de secteurs particuliers. Notamment, le ministère de l'éducation a fourni une aide financière pour une école spécialisée pour les enfants sourds.

Depuis 2010, l'organisation de Bhaktapur est formellement gérée par la communauté locale et fonctionne avec la collaboration d'un comité local, le *Village Disabilities Rehabilitation Committees* (VDRC). Ce dernier est composé de plusieurs personnes dont des représentants du gouvernement, des professionnels, des personnes handicapées et des parents d'enfants avec incapacités vivant dans la communauté. Ce comité a comme rôles de mobiliser et gérer des ressources financières et matérielles dans leur région [10].

Bref, chaque niveau est important pour la création et la gestion d'un programme de RBC. Toutefois, l'élément primordial est la collaboration entre les différents paliers incluant l'échange d'informations et la coordination entre les personnes qui travaillent à chacun de ces niveaux [14]. Ce processus peut s'avérer difficile; il arrive que les ministères collaborent peu, montrent peu d'intérêt ou manque de budget, ce qui nuit à l'organisation et au financement des programmes de RBC [11, 14, 16, 17].

Comme mentionné plus tôt, chaque organisation de RBC est unique et se doit d'être flexible et d'avoir des objectifs réalistes [15]. Cependant, chaque programme de RBC a besoin d'avoir des gens pour travailler sur le terrain. Il s'agit des agents communautaires et leur implication sera décrite plus en détails.

2.4 Agents communautaires

Les agents communautaires sont fréquemment des personnes issues de la communauté qui travaillent dans un programme de RBC, comme employées recevant une rémunération ou comme bénévoles, et qui œuvrent auprès des personnes vivant avec des incapacités. L'agent communautaire s'implique de différentes façons que se soit à dépister les personnes vivant avec un handicap, à donner du support aux familles ou encore en donnant de l'information sur les services de la communauté et à référer au besoin [7]. L'agent communautaire est donc un élément crucial dans le fonctionnement des programmes de RBC [13]. Puisque les agents communautaires sont souvent issus de la communauté locale, ils comprennent la culture régionale et peuvent ainsi adapter le processus de réadaptation afin de s'assurer de prendre en considération la vision de la communauté dans la prise en charge des incapacités [12].

Les agents communautaires devraient recevoir une formation de base qui leur permet de donner des conseils pratiques pour maximiser la participation des individus en situation de

handicap. Les agents communautaires doivent bénéficier d'un transfert de connaissances adéquat afin d'avoir en main les outils nécessaires à la promotion de la santé, à la prévention et à la réadaptation [12, 16, 17]. De plus, leur formation devraient leur permettre d'avoir non seulement les connaissances théoriques en lien avec les incapacités, mais aussi certaines habiletés afin de donner des soins de réadaptation directement dans la communauté, comme par exemple : la détection précoce des handicaps, la prévention et la prise en charge des incapacité, et la gestion de la douleur chronique [16]. Ils peuvent aussi informer la communauté et les organismes comme les écoles et les lieux de travail afin de promouvoir les droits des personnes vivant avec des incapacités et ainsi potentialiser leur participation et diminuer la stigmatisation [17]. Ainsi, l'ensemble du travail des agents communautaires contribue aux succès des programmes de RBC. Par exemple, en Corée du sud, grâce à un programme de RBC et à la promotion qu'il permettait, la population locale était mieux informée et avait une meilleure compréhension des incapacités [16].

Néanmoins, il n'est pas toujours facile de trouver des agents communautaires prêts à travailler à temps plein dans un programme de RBC. Ces intervenants sont souvent trop peu nombreux et gagnent un salaire insuffisant [17]. L'OMS a soulevé que l'un des défis principaux des programmes de RBC était de garder les agents communautaires et de maintenir leur motivation [15]. L'organisation de Bhaktapur vit ce genre de problème puisqu'ils ont un nombre insuffisant d'agents communautaires pour le nombre d'enfants, avec quatre agents communautaires népalais qui sont rémunérés et qui travaillent à temps plein pour une moyenne de 25 enfants quotidiennement. Les agents communautaires locaux sont difficiles à trouver, car le manque de fonds de l'organisation ne permet pas d'offrir de bons salaires pour ces travailleurs. De plus, les conditions de travail ne sont pas évidentes, ils doivent travailler avec beaucoup d'enfants généralement lourdement handicapés dans un environnement restreint. C'est pour ces raisons que l'organisation fait aussi appel à des volontaires, souvent des occidentaux qui sont affiliés à une autre ONG qui collabore avec l'organisation de Bhaktapur, pour les soins et la réadaptation des enfants.

3. Conclusion

Notre expérience dans l'organisation de Bhaktapur nous a permis de connaître l'existence des programmes de RBC et de voir comment ceux-ci s'organisaient dans une communauté. Nous n'étions pas sensibilisées à ce genre de programme avant notre départ et cela a rendu plus difficile notre intégration. Nous aurions probablement pu avoir plus d'impacts positifs dans l'organisation si nous avions été plus à l'aise avec les principes promus par la RBC.

En tant qu'étudiantes en physiothérapie ayant vécu une expérience dans un PVD, nous avons compris que notre préparation initiale n'était pas tout à fait complète. Il n'y a aucun cours ou formation offerte dans le cursus scolaire de physiothérapie de l'Université de Montréal qui touche à la pratique de la physiothérapie en PVD. Il serait important d'offrir un support aux étudiants qui désirent participer à un projet de physiothérapie en PVD. Il pourrait s'agir d'un site web affilié à l'Université de Montréal, d'un cours ajouté dans un sigle de cours existant ou de séances d'informations à des périodes stratégiques de l'année scolaire pour aider les étudiants à s'informer et à se préparer. Des connaissances plus approfondies sur la RBC et la pratique de la physiothérapie dans les PVD auraient pu nous aider à améliorer notre impact sur le terrain. Par exemple, nous aurions pu tenter d'élargir nos interventions en nous inspirant des éléments clés de la matrice de la RBC afin d'avoir une approche plus globale de la situation dans le centre de Bhaktapur. Une meilleure compréhension de la gestion du centre, des ressources et du financement aurait pu nous aider à mieux comprendre les enjeux de la RBC-Bhaktapur et à mieux cibler nos stratégies. De plus, nous aurions pu profiter d'une meilleure compréhension des rôles des agents communautaires et de leur formation afin de nous guider dans notre collaboration avec eux.

Il est maintenant plus clair comment fonctionne la RBC et quels sont certains des éléments à considérer dans son évolution, sa gestion et sa durabilité. Toutefois, il faut se rappeler que les programmes de RBC ont comme principes: l'égalité des opportunités, la participation sociale et une communauté plus inclusive. Afin d'appliquer ces principes dans l'organisation des services de réadaptation, une meilleure connaissance des facteurs environnementaux est nécessaire pour répondre à ces principes puisque ceux-ci peuvent grandement influencer la participation sociale. Il est également primordial d'adapter les approches en RBC avec ces facteurs ainsi qu'avec les croyances de la communauté et la culture locale.

4. Références

1. Lang R., *Community-based rehabilitation and health professional practice: developmental opportunities and challenges in the global North and South*. Disability and Rehabilitation, 2011. **33**(2): p. 165-173.
2. OMS, *Introduction*, dans *Réadaptation à base communautaire: guide de RBC*, Genève 2011: p. 1-80.
3. Baolin C., *Primary health care and community-based rehabilitation in the People's Republic of China*. Disability and Rehabilitation, 1999. **21**(10-11): p. 479-483.
4. ILO, UNESCO, UNICEF, WHO, *Community-based rehabilitation with and for people with disabilities*. Joint position paper, 2002: p. 1-11.
5. Mitchell R., *Community-based rehabilitation: the generalized model*. Disability and Rehabilitation, 1999. **21**(10-11): p. 522-528.
6. Organisation Mondiale de la Santé, *International consultation to review Community-Based Rehabilitation (CBR)*. 2003.
7. WHO, *World report in disability*, Genève 2011: p. 95-108, 302, 308
8. OMS, *About the community-based rehabilitation (CBR) matrix* [En ligne] 2012 [cité le 21 février 2012]; Disponible: <http://www.who.int/disabilities/cbr/matrix/en/index.html>.
9. OMS, *Module Santé*, dans *Réadaptation à base communautaire: guide de RBC*, Genève 2011:p. 1-80.
10. The Bhaktapur Organization. *Community Based Rehabilitation (CBR) Organization Bhaktapur*. [En ligne] 2010 [cité le 25 février 2012]; Disponible: <http://cbrbhaktapur.wordpress.com/about/history/>.
11. Mitchell R., *The research base of community-based rehabilitation*. Disability and Rehabilitation, 1999. **21**(10-11): p. 459-468.
12. Lightfoot E., *Community-based rehabilitation: a rapidly growing method for supporting people with disabilities*. International Social Work, 2004. **47**(4): p. 455-468.
13. BIT, OMS, UNESCO, *RBC: Une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées*, in *Document d'orientation conjoint 2004*
14. Chung E.Y.-H., Packer T. and Yau M., *When East meets West: community-based rehabilitation in Chinese communities*. Disability and Rehabilitation, 2011. **33**(8): p. 697-705.
15. Crishna B., *What is community-based rehabilitation? A view from experience*. Child: Care, Health and Development, 1999. **25**(1): p. 27-35.
16. Hee Kim, *Community-based rehabilitation in South Korea*. Disability and Rehabilitation, 1999. **21**(10-11): p. 484-489.
17. Sharma M. and Deepak S., *A participatory evaluation of community-based rehabilitation programme in North Central Vietnam*. Disability & Rehabilitation, 2001. **23**(8): p. 352-8.

Section 2 : Les facteurs environnementaux influençant la participation de la personne recevant des services de réadaptation à base communautaire

par
Audrey Eve Jutras

École de réadaptation
Faculté de médecine

Travail dirigé présenté à Bonnie Swaine et Chantal Camden
en physiothérapie

Mai 2012

© Audrey Eve Jutras, 2012

LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX INFLUENÇANT LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE RECEVANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE

1. Introduction

Au CBR-Bhaktapur, les enfants physiquement atteints avaient grandement besoin d'être évalués et traités. Cependant, étant donné la sévérité de leur condition et la courte durée de notre séjour au Népal, nous nous sommes demandé quelle était la meilleure manière de cibler les besoins de réadaptation de ces enfants afin de potentialiser leur autonomie à long terme. Malheureusement, ce n'était pas seulement en offrant des services basés sur les meilleures évidences mais bien en mettant en place des moyens de stimuler la participation et l'autonomie de ces enfants dans leur communauté, car c'est bel et bien l'objectif premier du concept de réadaptation à base communautaire (RBC).

Avant notre départ, nous ne nous étions que très peu renseignées sur le CBR-Bhaktapur, sa mission, son environnement, ses ressources et sa clientèle. J'ai alors réalisé notre manque de préparation par rapport au fonctionnement et à la participation sociale dans le contexte de la réadaptation en pays en voie de développement. Afin de mieux se préparer à évaluer et intervenir sur le fonctionnement et la participation, il est important de présenter la Classification Internationale du Fonctionnement, de l'incapacité et de la santé (CIF), un modèle mondialement reconnu pour répondre à cet objectif.

2. Présentation de la CIF

Dans le but d'optimiser le fonctionnement et la participation sociale, la Classification Internationale du Fonctionnement, de l'incapacité et de la santé (CIF) est un modèle mondialement utilisé[19]. Actualisée en 2001 à partir d'un modèle semblable développé dans les années 80 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CIF permet de mieux comprendre le lien entre une condition de santé, l'incapacité et le fonctionnement. Elle reconnaît la relation entre la condition physique ou mentale d'une personne, les facteurs contextuels et la participation dans la communauté[20]. Cette classification propose une approche

multidimensionnelle du fonctionnement en abordant les domaines des structures et fonctions corporelles, de l'activité, de la participation et des facteurs contextuels (personnels et environnementaux)[20] (voir Annexe 1).

Depuis 2001, la CIF démontré son utilité et son efficacité à travers le monde dans l'évaluation de l'impact d'une condition de santé sur le fonctionnement et la participation d'une personne dans sa communauté[19]. De plus, il s'agit d'un système de classification simple et vulgarisé utilisé pour comprendre le fonctionnement d'une personne atteinte d'une incapacité temporaire ou permanente applicable en enseignement, en recherche, en statistiques, en médecine, en psychologie et en réadaptation, entre autres. La CIF augmente ainsi l'efficacité de la communication entre les chercheurs, le gouvernement et les intervenants, car elle propose un langage commun[20]. Elle s'intéresse à ce qui dépasse l'approche biomédicale, c'est-à-dire le diagnostic ou les symptômes, en décrivant les barrières et les facilitateurs contextuels à la participation sociale ou à l'accomplissement d'une activité. La CIF permet donc d'orienter notre évaluation ainsi que notre intervention vers la reconnaissance de ces barrières et facilitateurs[19]. Présentement, la CIF est enseignée à l'Université de Montréal comme modèle pouvant être utilisé afin d'élaborer le libellé diagnostic ou afin de comprendre l'influence des différents concepts de la CIF (voir Annexe 1) sur le fonctionnement de la personne dans son milieu. Sans parler directement de la RBC, Mbogoni[21] aborde la pertinence de l'utilisation de la CIF dans tous les pays, en particulier les pays en voie de développement, afin de mesurer l'incapacité. Il est donc raisonnable de croire que les étudiants en physiothérapie de l'Université de Montréal sont formés pour évaluer l'incapacité dans un contexte de réadaptation dans un pays en voie de développement.

3. Contextualisation de la CIF en RBC

La structure de la CIF nous amène donc à réfléchir sur la multitude de facteurs qui influencent la participation d'un individu dans son milieu. Law[22] aborde la complexité de l'analyse de la participation des enfants atteints d'incapacités et souligne l'importance de comprendre comment les facteurs personnels, environnementaux et la famille peuvent l'influencer. Dans un contexte d'étudiant réalisant un projet de RBC dans un pays en voie de développement, ce sont surtout les facteurs environnementaux et la famille qui semblent intéressants, car en plus d'avoir un impact considérable sur le fonctionnement des individus, certains sont modifiables alors que ce n'est pas le cas pour les facteurs personnels ou la condition de santé. On peut donc intervenir

sur les facteurs environnementaux qui sont modifiables et s'adapter adéquatement à ceux qui ne le sont pas. Étant donné que la plupart des projets étudiants à l'étranger sont de courte durée, il est important d'être à l'aise avec le modèle de la CIF pour cibler rapidement les facteurs environnementaux ayant une influence sur la participation. Ainsi, des actions concrètes peuvent rapidement être envisagées en tenant compte du contexte afin d'espérer avoir un impact à long terme sur le quotidien de la clientèle aidée.

Si nous prenons l'exemple du CBR-Bhaktapur, il a été possible d'observer que certains facteurs environnementaux tels que la culture locale et les ressources matérielles, financières et humaines en place au centre influençaient grandement les opportunités de participation pour les jeunes népalais. La famille semblait également avoir un grand impact sur la participation de l'enfant dans son milieu (voir Annexe 2). Selon le contexte, ces facteurs pouvaient s'avérer être des facilitateurs ou des obstacles à l'autonomie des enfants. Malheureusement, c'est suite à notre retour au Québec que nous avons réalisé la compétence que nous avons pour repérer ces facteurs. Nous aurions pu encourager ceux qui s'avéraient être des facilitateurs et intervenir ou donner des conseils sur ceux qui s'avéraient être des obstacles à la participation des enfants népalais dans leur milieu. Par exemple, les perceptions du handicap basées sur la culture et la religion nous sont apparues comme un obstacle alors que la proximité des services de réadaptation (basés dans la communauté) nous a semblé être un facilitateur à cette participation. Il nous paraît donc important de partager notre expérience afin que ce que nous avons appris permette aux futurs étudiants volontaires d'optimiser leur préparation en vue d'un projet de réadaptation en pays en voie de développement.

Les facteurs environnementaux qui sont présentés dans cette partie individuelle sont donc la culture, la famille et les ressources en place. Ils sont inspirés de notre expérience en RBC au Népal et de la littérature. Les résultats obtenus suite aux entrevues individuelles semi-structurées (voir partie commune) supportent le choix des facteurs environnementaux qui seront abordés, surtout pour la culture et les ressources en place. En effet, ceux-ci ont été fréquemment rapportés par les étudiants ayant vécu une expérience de projet humanitaire de physiothérapie comme des obstacles ou des facilitateurs dans la réalisation de leur projet. La littérature mentionne également plusieurs autres facteurs environnementaux qui peuvent influencer la participation d'un enfant tels que le revenu familial, les opportunités, les valeurs, la présence d'un modèle (*role model*), le support psychosocial, les préférences de la famille, la qualité des soins prodigués à l'enfant et l'éducation de l'enfant par l'équipe médicale[23].

Quelques-uns de ceux-ci viennent rejoindre les facteurs qui seront abordés dans ce travail. Des recommandations en lien avec ces différents facteurs seront proposées au cours de ce travail.

Lorsque nous sommes arrivées au Népal, nous avons d'abord remarqué que c'était l'aspect culturel qui semblait avoir un impact sur la participation de l'enfant dans son milieu de vie. En effet, les différences culturelles sont souvent évidentes à observer au début d'un projet à l'étranger.

4. La culture

4.1 Définition

La culture est un ensemble de valeurs, de comportements, d'habitudes et de croyances qui se transmet d'une génération à l'autre et qui guide la perception du monde et les prises de décision des individus formant une communauté[24]. Alors que les avancements technologiques se multiplient et que les découvertes scientifiques guident de plus en plus nos pratiques en santé et en physiothérapie, la culture, elle, se maintient dans le temps[24].

Il semble raisonnable de croire que la perception du handicap et de la réadaptation adoptée par une certaine communauté soit guidée à la fois par la science et par la culture en proportions variables. En Amérique du Nord, par exemple, la science prend une place immense dans nos décisions en lien avec la santé. Une région ou un pays ayant une culture différente ou ayant un accès limité aux connaissances scientifiques pourrait adopter une perception différente du handicap. Notamment, ces perceptions peuvent être influencées par des croyances supranaturelles, ce qui influencera comment la personne ayant une déficience physique sera perçue. De la même façon, la culture et l'organisation d'une société influenceront distinctement la perception que les citoyens auront de différents types de déficiences[25]. Par exemple, dans une société où la culture intellectuelle est encouragée, une personne atteinte strictement d'une incapacité physique sera probablement perçue comme moins « handicapée » que dans une communauté valorisant le travail physique, où cet handicap pourrait être vu comme une barrière importante[24]. La situation de handicap est alors variable selon la compréhension qu'ont les communautés de la déficience et du handicap.

4.2 Influence de la culture sur la participation

Selon Engel-Yeger et Byford [23, 25], il semble clair que la culture influence la participation sociale des personnes atteintes d'une incapacité. La multitude de cultures se différencient, entre autres, dans leur attitude et leurs attentes par rapport à l'enfant et à leur concept de ce qui devrait être encouragé et développé ou non dans son comportement[23]. Certaines populations n'encouragent pas la participation sociale des personnes atteintes d'un handicap, que ce soit à cause des valeurs et croyances religieuses ou du manque d'éducation par rapport au potentiel de l'enfant si une réadaptation lui est offerte. On pourrait prendre pour exemple les communautés à l'intérieur desquelles la présence d'enfants atteints d'un handicap est considérée comme un mauvais sort jeté sur la famille ou un mauvais karma. Les familles cherchent donc de l'aide auprès de « guérisseurs » afin de guérir le handicap au lieu de favoriser la participation sociale de l'enfant. Les professionnels de la santé peuvent alors avoir un rôle à jouer pour soulager les symptômes seulement ou si le « guérisseur » échoue à éliminer la cause de l'incapacité[25]. Ce comportement pourrait avoir un impact sur l'approche utilisée en réadaptation. En contrepartie, d'autres communautés, qui perçoivent la déficience et le handicap différemment, encouragent la participation des enfants atteints d'un handicap en facilitant l'intégration scolaire, par exemple.

Les croyances concernant la santé et l'incapacité semblent également déterminer les principes fondamentaux de réadaptation qui siègera dans cette société[24]. Ces principes servent à établir la mission et la clientèle du programme de RBC qui seront établies dans cette communauté[24]. Il arrive que la perception du handicap diverge entre la communauté et les professionnels de la santé, ce qui diminue l'utilisation des services communautaires de santé et la participation aux traitements. La culture et la perception du handicap devraient donc être prises en considération dans les facteurs environnementaux de la structure de la CIF afin de bien comprendre leur rôle dans la participation sociale du patient intégré dans un programme de RBC.

Afin d'assurer la satisfaction de l'utilisateur, de ses proches et de l'équipe traitante, il semble donc important d'établir une relation de confiance avec la famille et de tenir compte de leurs croyances, ce qui peut se faire via l'approche centrée sur la famille (ACF).

5. La famille et l'Approche Centrée sur la Famille (ACF)

Le rôle vital de la famille pour assurer la santé et le bien-être des enfants et des membres de la famille de tous âges est bien connu dans le domaine de la santé[26, 27]. L'enfant grandit et évolue au sein de sa famille mais aussi au sein d'une culture sociopolitique et sa santé est influencée par ces composantes[27]. La participation d'un enfant dans son milieu est facilitée si la famille et l'environnement sont souteneurs[23] et, tel que mentionné dans la section précédente, les valeurs et croyances de la famille semblent également y jouer un rôle important [27, 28]. Puisque la famille peut influencer la participation sociale de l'enfant ou de la personne atteinte d'un handicap de différentes façons, elle devrait donc être prise en considération comme un facteur environnemental important selon la CIF.

Il semble pertinent d'aborder une approche grandement utilisée par les professionnels de la santé, notamment en pédiatrie. Elle a comme objectif, en terme de réadaptation, d'aider l'enfant ou la personne atteint d'une incapacité et sa famille à augmenter leur qualité de vie, leur participation sociale et leur autonomie dans la gestion des soins et du handicap[27]. Cette approche pourrait aider les étudiants en physiothérapie à augmenter l'efficacité à long terme de leurs interventions dans un contexte de RBC en pays en voie de développement.

5.1 Historique et définition de l'ACF

Historiquement, cette approche est apparue vers les années 1950 pour prendre en charge les nouvelles mères dans les départements de maternité des hôpitaux américains. C'est toutefois vers la fin des années 80, après plusieurs initiatives locales et gouvernementales, que cette approche fut reconnue dans les soins pédiatriques et gériatriques aux États-Unis tant en milieu hospitalier que dans les soins à domicile[29, 30]. En 1992, « the Institute for Family-Centered Care » (aujourd'hui nommée « the Institute for Patient- and Family-Centered Care » (IPFCC)) est créée, contribuant à la définition de l'ACF et de ses principes directeurs. La même année, l'organisation implante un programme d'ACF basé dans la communauté pour les enfants ayant besoin de soins de santé spéciaux, contribuant ainsi à l'écllosion de cette approche en milieu communautaire. En bref, il s'agit d'une approche collaborative utilisée dans le domaine de la santé qui place la perspective de la famille et de la personne atteinte d'une incapacité au cœur du processus décisionnel[31] en considérant les facteurs culturels, ethniques et socioéconomiques. L'objectif est d'augmenter la qualité des soins offerts et la qualité de vie de

tous les membres de la famille[29, 32]. Les soins sont structurés et organisés à partir des connaissances, des attentes et des objectifs de la famille [29, 33].

Les quatre principes suivants sur lesquels se base cette approche, présentés par Bamm[34] et agrémentés de quelques idées de King, Earp et al., DeGrace, Foster et de l'IPFCC[26, 27, 29, 32, 33], sont utiles pour comprendre l'importance de ces fondements dans la création d'une relation de confiance entre le ou les professionnel(s) de la santé et la famille[31].

1. La dignité et le respect

- Considérer la famille comme l'élément constant dans la vie de l'enfant
- Honorer la diversité culturelle, raciale, ethnique et socioéconomique des familles
- Répondre aux besoins de développement de l'enfant et de la famille
- Reconnaître les forces de la famille, l'individualité des membres et respecter leurs différentes stratégies d'adaptation à la situation

2. Le partage de l'information

- Partager régulièrement une information complète et objective avec la famille

3. La participation

- Encourager la participation de la famille dans le processus décisionnel mais respecter leur degré de participation
- Supporter la participation de la famille, via des réseaux de support famille-à-famille, par exemple

4. La collaboration

- Faciliter la collaboration entre la famille et l'équipe soignante à tous les niveaux de soins prodigués
- Adopter des politiques et règlements qui facilitent le support psychologique et financier des familles
- Mettre sur pied une structure de soins de santé souple, culturellement compétente et qui répond aux besoins de la famille

Ainsi, dans l'approche centrée sur la famille, l'enfant reçoit des soins de santé mais c'est toute la famille qui bénéficie d'enseignement et de conseils et qui partage de l'information avec l'équipe soignante.

5.2 Avantage et limites de l'ACF dans les pays industrialisés

L'ACF peut être pratiquée en santé tant dans le cadre d'institutions que de services communautaires [26, 32]. Pour tous les auteurs qui traitent de l'approche centrée sur la famille, les retombées avantageuses sur les résultats de santé sont indéniables dans les pays industrialisés.

5.2.1 Avantages en milieu institutionnel

En résumé, au niveau institutionnel, cette approche est étroitement liée à une augmentation de la santé générale, une diminution des coûts de santé, une meilleure distribution des ressources, une réduction des erreurs médicales et des litiges, une meilleure satisfaction du patient, de sa famille et de l'équipe soignante par rapport aux soins reçus ou donnés et une augmentation de l'autonomie et de l'éducation des patients et de la famille[26, 29, 31].

5.2.2 Avantages dans les soins et la réadaptation communautaires

Au niveau des soins et de la réadaptation communautaires, les études ont été réalisées sur des périodes de temps plus étendues (4 mois à 5 ans), étant donné que les soins sont souvent offerts sur de longues périodes. Ceci a l'avantage de nous donner une idée des retombées à plus long terme de l'ACF. En manière générale, l'approche a montré son efficacité dans l'atteinte des objectifs fixés avec la famille, dans l'augmentation du développement moteur et des habiletés fonctionnelles ainsi que dans l'amélioration de l'estime de soi et de la connaissance du problème de santé chez les enfants ayant reçu des services basés sur l'ACF[32]. Une diminution du stress et de l'anxiété vécue chez les parents et les proches de l'enfant aux prises avec un problème de santé nécessitant des soins spécialisés a également été observée[32].

5.2.3 Limites

Par rapport aux limites, l'ACF véhicule certaines valeurs qui doivent également être prônées par l'institution qui offrent les services de santé, ce qui n'est pas toujours le cas lorsque l'institution

prône l'approche biomédicale[34]. Les professionnels doivent aussi se sentir compétents d'utiliser l'ACF. Dans le cas contraire, ils pourraient cesser son application[34]. Finalement, au niveau financier, l'ACF comporte certains coûts de base afin de former les intervenants sur l'approche et d'instaurer les ressources nécessaires à son application, ce qui peut constituer une barrière à son implantation[34]. Par contre, par la suite, les bénéfices surpassent les coûts, tel que décrit dans la section 5.2.1.

5.3 Applicabilité de l'ACF en santé dans les pays en voie de développement

Cette approche a fait ses preuves dans les pays industrialisés, certes, mais peut-on l'appliquer à la réalité des pays en voie de développement? Une étude de Foster[33] rassemble les résultats de nombreuses autres études qui comparent l'application de l'ACF en santé dans les pays industrialisés et celle dans les pays en voie de développement. L'ACF comprend plusieurs limites qui semblent plus importantes dans les pays en voie de développement[33]. On y rapporte que les limites de l'ACF dans les 2 contextes se situent au niveau de la communication professionnel-parents, de la définition des rôles, du support apporté aux parents et des ressources. Par contre, l'auteur ne mentionne pas si les professionnels de la santé sont issus de la communauté locale ou s'il s'agit de volontaires/expatriés. Par exemple, pour la communication, les parents sondés dans les pays en voie de développement accordaient plus d'importance à celle-ci que les intervenants avec qui ils collaboraient. Ceci peut engendrer des problèmes de frustration chez les parents qui peuvent se sentir négligés. Ensuite, par rapport aux rôles, les infirmières des pays en voie de développement on rapporté ne pas avoir suffisamment de capacité et de temps pour tisser des liens solides avec la famille par manque d'effectifs. Puisqu'elles doivent fréquemment négocier avec les parents leur niveau de participation dans les soins donnés à l'enfant, des tensions peuvent se développer autour de la négociation des rôles et nuire à la relation de confiance entre l'équipe soignante et la famille. Puis, concernant le support aux parents, il s'en trouvait plus difficile dans les pays en voie de développement puisque les parents nécessitaient qu'on les supporte dans leurs besoins de base comme l'hygiène ou la nourriture. Au niveau des ressources, les parents doivent fréquemment jongler avec la gestion des ressources financières, professionnelles et familiales en plus des soins requis par l'enfant atteint d'une incapacité. Parallèlement, le personnel soignant était davantage préoccupé par des questions salariales, de surtemps et de pauvres opportunités d'avancements, ce qui forme une limite par rapport aux ressources. Comme en a discuté Maude dans sa partie « 2.4 Agents communautaires » un maigre salaire associé à des

lacunes concernant le transfert de connaissances et un manque de personnel peut diminuer la rétention de ce dernier et sa motivation. L'implantation de l'ACF en santé dans les pays en voie de développement a néanmoins démontré sa valeur ajoutée dans la diminution des coûts et du fardeau perçu à la fois par la famille et l'équipe soignante, ce qui constitue selon les auteurs un facteur contributif au maintien de l'approche[33].

5.4 Applicabilité de l'ACF en RBC dans les pays en voie de développement

L'ACF a retombées positives et à long terme pour les soins et la réadaptation communautaires dans les pays industrialisés depuis plusieurs années[32]. S'applique-t-elle aux services de réadaptation donnés dans les pays en voie de développement ou dans une organisation telle que le CBR-Bhaktapur? Cette interrogation doit être répondue étant donné que la mise en pratique adéquate de l'ACF dans un tel contexte aurait le potentiel d'améliorer l'autonomie et la participation des enfants pris en charge grâce aux bénéfiques sur les résultats de santé présentés précédemment. L'ACF aurait également le potentiel d'augmenter la satisfaction que les étudiants expatriés pourraient ressentir d'avoir accompli quelque chose d'utile par l'augmentation de la satisfaction de la famille face aux soins de santé et à l'augmentation de l'autonomie des personnes traitées.

La réalité de la réadaptation à base communautaire dans les pays en voie de développement est unique et se différencie par sa mission et sur le type de services offerts. Il est néanmoins possible de croire que l'ACF y soit viable. En effet, la RBC a la particularité d'offrir des services de réadaptation de base à même la communauté[35]. Il est donc possible de suivre le développement de la personne atteinte d'un handicap et de sa famille sur une période de temps étendue et dans leur milieu de vie grâce à l'ACF. De plus, la RBC a comme mandat en réadaptation d'impliquer la personne recevant des services ainsi que sa famille dans le processus décisionnel[35], principe qui est commun avec l'ACF. Dans le même sens, puisque la communication entre les intervenants et la famille est un outil interculturel puissant[33] et qu'il s'agit d'un mandat tant pour la RBC que pour l'ACF, l'application de l'ACF en RBC semble possible et même recommandée.

La durée des projets étudiants de physiothérapie dans les pays en voie de développement étant souvent limitée à quelques semaines, l'application de l'ACF dans le contexte de ces projets permettrait aux étudiants de partager de l'information avec les familles des personnes atteintes

d'un handicap après avoir établi des objectifs. L'enseignement a l'avantage de pouvoir outiller les familles pour augmenter leur autonomie et leur participation sociale[35].

La qualité des soins et l'application de l'ACF en RBC peut être limitée si les ressources en place sont insuffisantes pour répondre aux besoins. Il semble donc important d'analyser l'impact des ressources financières, matérielles et humaines sur le maintien des services offerts en RBC et sur la participation des personnes atteintes d'un handicap dans leur milieu.

6. Les ressources en place

Lors de notre séjour au CBR-Bhaktapur, nous avons pris des notes sous forme d'observations dans un cahier et nous avons discuté à quelques reprises avec Ramesh, le directeur du centre, à qui nous avons pu poser nos questions. Nous avons réalisé rapidement que les ressources dont disposait le centre étaient insuffisantes pour répondre aux besoins de réadaptation. À notre arrivée, aucun organisme ou fondation ne finançait le centre et les revenus de l'organisation du CBR étaient insuffisants pour combler les dépenses, ce qui limitait l'achat de matériel thérapeutique ainsi que la formation et le salaire des employés. Les aides techniques étaient donc en nombre insuffisant pour les besoins des enfants, ce qui limitait leur autonomie dans les déplacements. Les agents communautaires ainsi que tous les employés du centre étaient sous-payés ou œuvraient bénévolement au centre, ce qui diminuait leur motivation, leurs qualifications et la fréquence des visites à domicile. Il nous a alors semblé que les ressources disponibles, soient les ressources financières, matérielles et humaines, influençaient directement ou indirectement la participation des jeunes atteints d'un handicap et avaient un impact sur le maintien de la qualité des services du CBR-Bhaktapur. Ces items devraient donc être pris en considération dans la section « facteurs environnementaux » de la CIF pour en tenir compte dans l'évaluation de la participation d'une personne atteinte d'un handicap en contexte de RBC dans un pays en voie de développement.

6.1 Les ressources financières

Un gouvernement doit s'assurer que ses services de santé de base soient accessibles, abordables, disponibles et de qualité en utilisant au maximum les ressources disponibles[36]. Ces aspects sont importants pour maintenir une participation de la personne atteinte d'un handicap dans son milieu[36]. Malheureusement, dans les pays en voie de développement, les ressources financières individuelles (auxquelles ont accès les individus et leur famille) ou

organisationnelles (auxquelles ont accès les organisations offrant des services de RBC) peuvent souvent être une limite à l'accès à des soins de qualité.

6.1.1 Individuelles

Selon le Rapport mondial sur le handicap 2011[36] publié par l'OMS, des soins peu de santé coûteux sont la première barrière à l'accessibilité aux soins pour les personnes atteintes d'un handicap dans les pays en voie de développement, peu importe leur âge et leur sexe. Puisque les personnes atteintes d'un handicap sont sujettes à de plus faibles taux d'emploi que les personnes sans handicap, elles ont tendance à financer leurs soins de santé à partir de l'aide de la famille ou des proches ou encore à partir de la vente d'objets[36]. Ainsi, la population atteinte d'un handicap, qui a besoin de plus de soins de santé en terme de volume et de spécialisation que les autres, dispose donc moins de revenus pour y avoir accès[36]. Il est possible de croire qu'un faible accès à des soins de santé pourrait limiter la participation des personnes atteintes d'un handicap dans leur milieu.

La réalité de la RBC est cependant différente, car un de ses objectifs est d'augmenter l'accessibilité aux soins et à la réadaptation de base en utilisant les ressources communautaires[35]. La barrière financière individuelle est alors moins grande en RBC que pour des soins de santé spécialisés comme la chirurgie[35, 36]. Au CBR-Bhaktapur, par exemple, les familles des enfants donnaient 300 roupies (environ 4\$) par mois au centre lorsqu'ils en avaient les besoins. Par contre, le directeur du centre, Ramesh, nous a fait part de sa compréhension lorsque les parents n'avaient pas la capacité de payer à tous les mois et les enfants étaient tout de même accueillis et soignés.

6.1.2 Organisationnelles

Dans les mois précédant notre arrivée au CBR-Bhaktapur, l'organisme « Save the Children Norway » finançait le centre en offrant, entre autres, des fauteuils roulants pour les enfants du centre qui en avaient le plus besoin. Cependant, lors de notre arrivée au CBR-Bhaktapur en mai 2011, « Save the Children Norway » s'était retiré et aucune fondation ou organisme ne finançait les activités du centre. Le seul revenu de l'organisation était la mensualité non-obligatoire de 300 roupies expliquée dans la section précédente. Ce montant était utilisé pour payer les équipements informatiques et de soins aux enfants, l'entretien des édifices, l'administration, le salaire des agents communautaires, le thé et la nourriture. Puisque les ressources financières servent à l'achat du matériel, de la nourriture et à payer la formation et le salaire des employés,

ils vont influencer indirectement la participation des enfants. Le rapport mondial sur le handicap de 2011[36] mentionne que les services de santé mondiaux sont financés par une diversité de sources telles que les budgets gouvernementaux, l'assurance sociale, l'assurance médicale privée, les dons externes et les sources privées. Par contre, il arrive que les organisations de RBC soient soutenues financièrement par un partenariat entre le gouvernement et un ou des ONG. Cet aspect est important pour le maintien des services, car si l'ONG cesse de financer l'organisme comme c'est arrivé au CBR-Bhaktapur, le volume et la qualité des soins de réadaptation offerts peuvent être compromis, limitant ainsi l'accès des personnes atteintes d'un handicap à des services de réadaptation.

6.2 Les ressources matérielles

Les ressources matérielles peuvent influencer directement la participation de la personne atteinte d'un handicap dans son milieu, car des adaptations telles qu'un fauteuil roulant, une marchette, des barres parallèles ou une orthèse pourraient l'aider à se déplacer et à interagir avec son environnement. En effet, une aide technique appropriée est un outil puissant pour augmenter l'indépendance, l'autonomie et la participation, surtout dans les domaines de l'emploi et de l'éducation[36]. Les aides techniques réduisent l'incapacité réelle et perçue et possiblement les coûts de santé[36]. Au CBR-Bhaktapur par exemple, beaucoup d'enfants lourdement atteints d'un handicap bénéficiaient de fauteuils roulants fournis par l'organisme *Save the Children Norway*, alors que d'autres fauteuils étaient de fabrication artisanale. Les enfants à mobilité très réduite bénéficiaient également de coussins de positionnement et de piquées fabriquées artisanalement la plupart du temps. Le centre de Bhaktapur ne devait pas faire exception puisque la RBC a comme objectif de fabriquer des aides techniques à partir des ressources locales[35].

Dans les entrevues individuelles semi-structurées réalisées dans le cadre de ce travail, les étudiants ayant vécu une expérience de projet de physiothérapie en pays en voie de développement nous ont mentionné que la rareté des ressources matérielles n'avait pas été un problème majeur et qu'il suffisait d'être créatif. Les ressources matérielles et thérapeutiques peuvent être un facteur environnemental dont il faut tenir compte lors d'un projet humanitaire mais il ne s'agit pas d'une barrière à la participation de la personne atteinte d'un handicap dans son milieu si les agents communautaires et les étudiants sont créatifs et utilisent les ressources locales présentes.

6.3 Les ressources humaines

Au CBR-Bhaktapur, la grande majorité des travailleurs ou bénévoles du centre étaient issus de la communauté locale. Il y avait aussi quelques professionnels expatriés, comme une physiothérapeute japonaise. Selon Pollard [37], la participation des personnes de la communauté locale à tous les niveaux d'organisation et de gestion du programme de RBC est fondamentale afin que cette communauté s'approprie réellement le programme de RBC. Ceci est également important pour assurer la durabilité du programme [37]. De plus, quelques-uns des travailleurs ou bénévoles du CBR-Bhaktapur étaient atteints d'un handicap. Toujours selon l'auteur, l'implication des personnes atteintes d'un handicap au sein de l'organisation de la RBC est faible dans les pays en voie de développement, ce qui représente un problème puisque la participation active de cette population dans le processus décisionnel des programmes de RBC a une forte corrélation avec l'acquisition d'autonomie de ces personnes[37]. Ce n'était toutefois pas le cas au CBR-Bhaktapur, où environ 4 bénévoles sur la dizaine d'employés étaient atteints d'un handicap, la plupart du temps physique. Si l'implication de la communauté est limitée dans le programme de RBC et qu'une part de la gestion est laissée aux volontaires ou au personnel soignant expatrié, l'organisation risque de ne pas adopter justement les valeurs ou objectifs de la population locale, car ils sont insuffisamment informés sur le contexte socioculturel[37]. Le risque est d'autant plus grand si la durée du séjour du volontaire est courte [37]. Au CBR-Bhaktapur, les volontaires pouvaient prodiguer directement des soins aux enfants mais la gestion du programme était efficacement menée par la communauté locale.

Lorsque les ressources financières sont insuffisantes, il va sans dire que les budgets accordés aux formations et au salaire des agents communautaires s'en voient diminués. En effet, l'attitude, les connaissances et les compétences des intervenants peuvent être une barrière ou un facilitateur à l'accès à des soins de santé de qualité[36]. Ceci a des répercussions importantes sur la participation des personnes suivies par un programme de RBC, puisque les agents communautaires sont moins bien formés pour assurer une réadaptation adéquate de la condition de santé de ces jeunes. (Se référer à la partie « 2.4 Agents communautaires » du travail de Maude).

7. Conclusion

Notre expérience au CBR-Bhaktapur nous a permis de réaliser qu'on ne pouvait pas seulement arriver, traiter et partir. La stimulation de la participation sociale par l'augmentation de l'autonomie des personnes atteintes d'un handicap et de leur famille dans la gestion de la réadaptation et des conséquences du handicap permettent d'avoir des impacts positifs dans leur quotidien. Ces conclusions sont le fruit de la réflexion réalisée par rapport à notre expérience et de la revue de littérature. Il s'agit toutefois d'un objectif ambitieux lorsque la durée des projets étudiants de physiothérapie dans les pays en voie de développement n'est que de quelques semaines. C'est pourquoi la préparation en vue de ces projets est importante et qu'il faut prendre connaissance, avant ou pendant le projet, des facteurs environnementaux qui influencent cette participation. Avant le départ, on peut s'y prendre en s'informant sur la culture locale, la perception du handicap et le rôle de la réadaptation dans la communauté aidée via les sites internet des différentes organisations ayant une fonction internationale telles que l'OMS, la WCPT ou la division internationale de l'ACP. Certains centres offrant des services de RBC tiennent des sites web présentant leur organisation. Il faut également s'informer sur la formation des agents communautaires (ou des intervenants), sur la mission de l'organisation et sur les attentes qu'a celle-ci par rapport à nous afin de se fixer des attentes réalistes par rapport à la collaboration envisagée durant le projet. Parfois, cependant, il s'agit d'informations qu'on ne peut avoir qu'une fois le projet entamé. Durant les premiers jours, il est important de prendre connaissance aussi des ressources matérielles, humaines et financières disponibles pour établir des objectifs de projet concrets et réalistes.

Finalement, pendant le projet, l'enseignement à l'équipe d'intervenants, à la famille et à la personne atteinte d'un handicap selon leurs objectifs de réadaptation est une intervention fortement avantageuse pour amener des bénéfices de santé à long terme. Afin d'y parvenir, l'étudiant en physiothérapie doit établir un lien de confiance avec les agents communautaires, les familles et les personnes recevant des services de RBC. Ce n'est pas toujours chose facile lorsque l'environnement ne nous est pas familier et beaucoup d'obstacles à la réalisation de ces projets sont présents. L'étudiant peut utiliser certaines stratégies d'adaptation afin de faire de son projet de physiothérapie dans un pays en voie de développement une réussite.

"Si je te traite, je peux t'aider aujourd'hui. Si je t'enseigne, je peux t'aider pour la vie. "

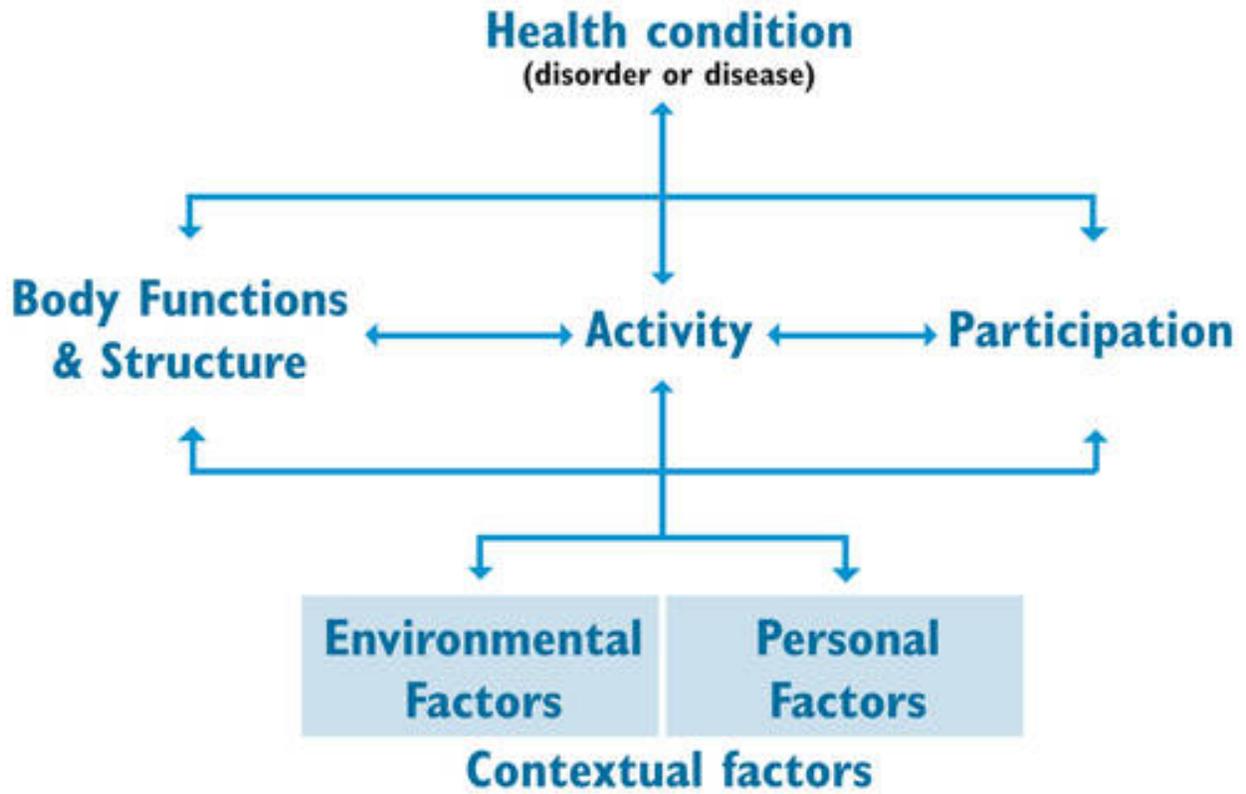
8. Références

19. Kostanjsek, N., et al., *Assessing the impact of health conditions using the ICF*. Disability & Rehabilitation. **33**(15-16): p. 1475-82.
20. WHO, W. *The ICF: an overview*. 2009 [cited 2009 19 décembre 2011]; Available from: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/GH-ICF_overview_FINAL_for_WHO.pdf.
21. Mbogoni, M., *On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT)*. Disability & Rehabilitation. **25**(11-12): p. 644-58.
22. Law, et al. *Participation of Children with Physical Disabilities: Relationships with Diagnosis, Physical Function, and Demographic Variables*. SCANDINAVIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 2004. **11**.
23. Engel-Yeger, B., T. Jarus, and M. Law, *Impact of culture on children's community participation in Israel*. American Journal of Occupational Therapy. **61**(4): p. 421-8.
24. Lattanzi, J.B. and L.D. Purnell, *Developing cultural competence in physical therapy practice*, ed. F.A.D. Company 2006, Philadelphia. 417.
25. Byford, J. and N. Veenstra *The importance of cultural factors in the planning of rehabilitation services in a remote area of Papua New Guinea*. Disability & Rehabilitation, 2004. **26**, 166-175.
26. Committee On Hospital, C., P. Institute For, and C. Family-Centered, *Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role*. Pediatrics, 2012.
27. DeGrace, B.W., *Occupation-based and family-centered care: a challenge for current practice*. American Journal of Occupational Therapy. **57**(3): p. 347-50.
28. Jenkins, C.N.H., et al., *Health care access and preventive care among Vietnamese immigrants: Do traditional beliefs and practices pose barriers?* Social Science & Medicine, 1996. **43**(7): p. 1049-1056.
29. Earp, J., ed. *Patient advocacy for health care quality: strategies for achieving patient-centered-care*. 2008. 674.
30. Kovacs, P.J., M.H. Bellin, and D.P. Fauri, *Family-Centered Care*. Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care, 2006. **2**(1): p. 13-27.
31. Kuo, D.Z., T.M. Bird, and J.M. Tilford, *Associations of family-centered care with health care outcomes for children with special health care needs*. Maternal & Child Health Journal. **15**(6): p. 794-805.
32. King, S., et al., *Family-Centered Service for Children With Cerebral Palsy and Their Families: A Review of the Literature*. Seminars in Pediatric Neurology, 2004. **11**(1): p. 78-86.
33. Foster, M., L. Whitehead, and P. Maybee, *Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: a review of the literature*. International Journal of Nursing Studies. **47**(9): p. 1184-93.
34. Bamm, E.L. and P. Rosenbaum, *Family-Centered Theory: Origins, Development, Barriers, and Supports to Implementation in Rehabilitation Medicine*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2008. **89**(8): p. 1618-1624.

35. OMS, *Réadaptation à base communautaire : guide de RBC*, 2011.
36. WHO *World report on disability*. 2011.
37. Pollard, N. and D. Sakellariou, *Operationalizing community participation in community-based rehabilitation: exploring the factors*. *Disability & Rehabilitation*. **30**(1): p. 62-70.

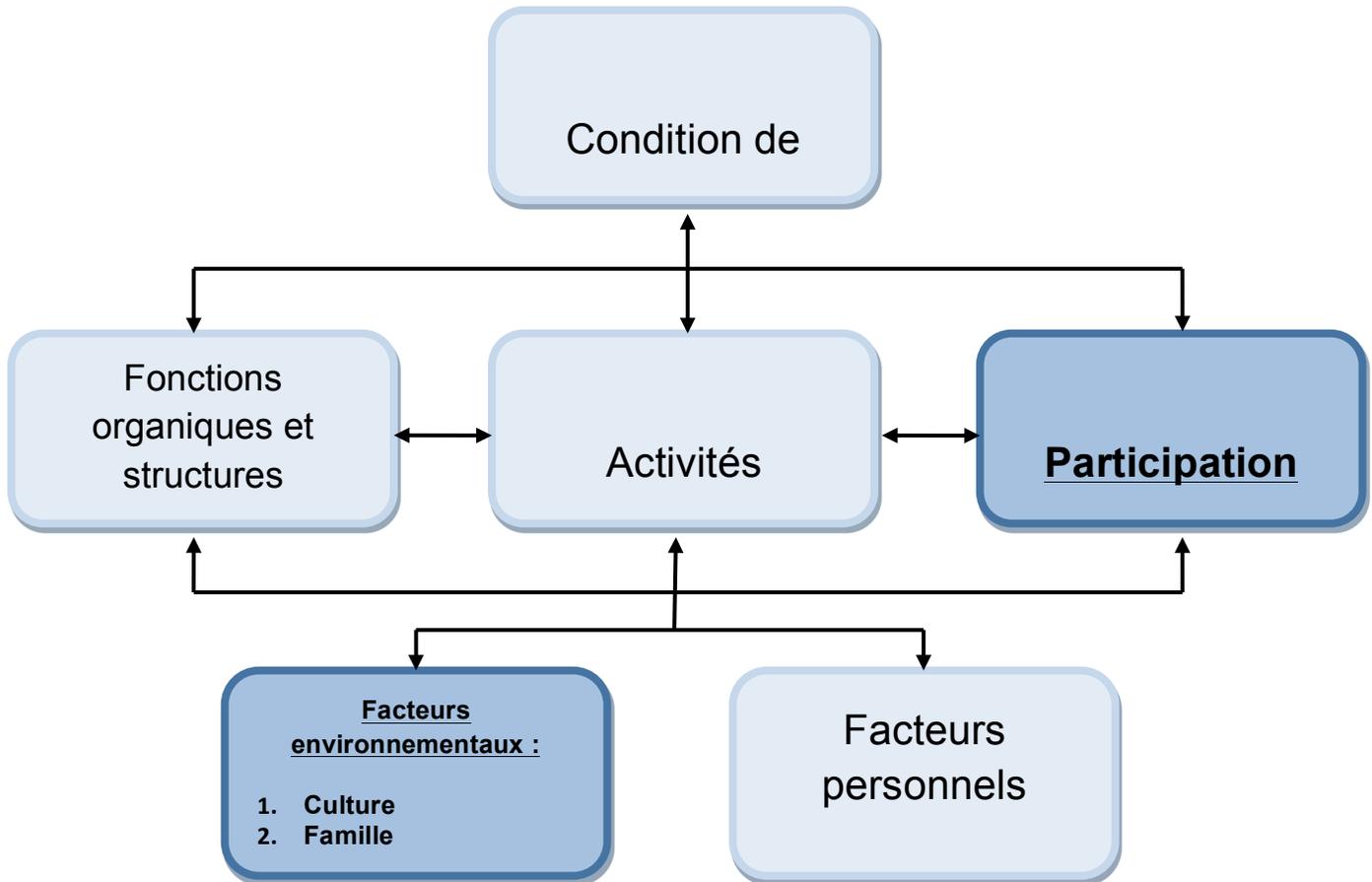
Annexe 1

Schéma de la CIF



Annexe 2

Structure de la CIF adaptée à la problématique



**Section 3 : Obstacles & stratégies d'adaptations liés à la préparation
et la réalisation d'un projet étudiant de physiothérapie en pays en voie
de développement**

par

Marie-Michèle Côté

École de réadaptation

Faculté de médecine

Travail dirigé présenté à Bonnie Swaine et Chantal Camden
en physiothérapie

Mai 2012

© Marie-Michèle Côté, 2012

OBSTACLES & STRATÉGIES D'ADAPTATIONS LIÉS À LA PRÉPARATION ET LA RÉALISATION D'UN PROJET ÉTUDIANT DE PHYSIOTHÉRAPIE EN PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

1. Introduction & motivations

Lorsque l'on choisi d'étudier dans le domaine de la santé, c'est qu'on a envie d'aider les gens qui en ont besoin, on a envie d'avoir un impact sur leur qualité de vie. Il n'est donc pas surprenant de voir que de plus en plus d'étudiants de différents domaines de la santé désirent participer à des projets internationaux. La physiothérapie fait partie de ces domaines qui s'impliquent mondialement. En effet, selon la *World Confederation for Physical Therapy*[1], les physiothérapeutes ont un rôle à jouer au niveau de l'aide humanitaire et sont formés pour cette pratique. Pour ces mêmes raisons, il y a plus d'un an, notre équipe de travail dirigé a choisi de participer à un projet humanitaire

En tant qu'étudiant en physiothérapie, il est difficile de bien se préparer pour un projet humanitaire. Le cursus scolaire n'étant pas complètement terminé, la théorie n'est souvent pas maîtrisée à 100% et les stages sont la seule expérience pratique. Les étudiants qui s'embarquent dans un tel projet pourraient ne pas savoir comment orienter la préparation. Pour plusieurs, l'emphase est mis sur le financement et les pathologies possiblement rencontrées une fois à l'étranger. Une bonne préparation devrait être plus large et se baser sur différents aspects du projet. Selon Pinto, la préparation permet non seulement de préparer les étudiants aux différents dilemmes éthiques mais aussi d'éviter certaines situations à risque tant pour l'étudiant que le patient ou la communauté[2]. La présente section abordera les causes des différents problèmes qu'il est possible de rencontrer non seulement lorsqu'un étudiant en physiothérapie prodigue des soins dans un pays en voie de développement, mais aussi lors de sa préparation en vue de son départ. En étant à l'affût des obstacles rapportés par la littérature, l'étudiant saura à quoi il pourra possiblement faire face. La section suivante abordera les stratégies d'adaptation et présentera les différentes pistes de solution qui permettront à ces étudiants de gérer ces problèmes.

2. Causes des problèmes et obstacles rencontrés par des étudiants en physiothérapie pratiquant en pays en voie de développement

Il serait faux de croire qu'un projet d'aide internationale devrait se dérouler sans rencontrer d'obstacles. La pratique de la physiothérapie en pays en voie de développement regorge d'embûches et de défis qui amèneront leur lot de questionnements, de doutes et d'insécurité pour l'étudiant en physiothérapie. Pour la suite du texte, nous utiliserons particulièrement les termes problème ou obstacle, qui sont définis par Alappat *et al.* par toute situation, qu'elle soit interne ou externe à l'étudiant, qui limite ses actions[3]. Ces obstacles ne sont pas à négliger puisqu'ils nuisent au rendement de l'étudiant, peuvent le décourager et même l'entraîner à se désister d'un projet d'aide internationale. Ils engendrent un bouleversement tant sur le plan professionnel que personnel. Prendre connaissance des différents problèmes potentiels avant de s'embarquer permet d'être mieux préparé aux imprévus et de s'outiller adéquatement afin de les gérer de façon adéquate. Ces problèmes et obstacles sont causés par des facteurs qui peuvent donc être internes ou externes à l'étudiant. Ils seront donc présentés selon cette classification.

2.1 Facteurs internes

Selon Alappat[3], les facteurs internes font références aux caractéristiques propres de la personne qui peuvent entraver sa participation dans le projet. De nombreux problèmes peuvent découler directement de l'étudiant qui pratique la physiothérapie en milieu humanitaire. En effet, les valeurs du participant, sa capacité d'adaptation, ses motivations ainsi que la perception de son rôle en tant que physiothérapeute peuvent influencer le travail au sein de la communauté et être une source de problèmes importante.

2.1.1 Valeurs

Les valeurs d'une personne varient non seulement d'un peuple à l'autre, mais aussi d'une personne à l'autre. Il est donc fort probable que les valeurs personnelles du volontaire se heurtent à la culture locale et occasionne par le fait même un conflit moral[4]. Selon Hunt[4], il est important que le bénévole connaisse et soit à l'écoute de ses propres valeurs culturelles et éthiques. Que faire lorsque nos valeurs ne sont pas respectées? Hunt[4] suggère qu'il est possible d'être en désaccord, de questionner les gens, sans toutefois prétendre que ces valeurs sont mauvaises. Il est donc possible de travailler à l'encontre de ses propres valeurs mais la

tâche est d'autant plus difficile. En effet, certains professionnels ont rapporté qu'il était particulièrement éprouvant de travailler lorsque des valeurs qui semblaient être universelles n'étaient pas préconisées par la population locale[4].

2.1.2 Capacité d'adaptation

La capacité à s'adapter à un milieu complètement différent et déstabilisant varie d'une personne à l'autre. Pour certains, quelques heures suffisent pour s'imprégner du nouvel endroit. Pour d'autres, le temps sera plus long et le travail sera plus ardu. L'étudiant qui s'installe dans une communauté étrangère doit apprendre à s'identifier en tant que professionnel[4]. Dans certaines cultures, le bénévole ne sera pas considéré comme un physiothérapeute, ni comme un professionnel de la santé. Pour Hunt[4], il est important que l'étudiant ou le physiothérapeute conserve son identité professionnelle et personnelle. En effet, en étant considéré comme un professionnel de la santé, l'étudiant pourra prendre sa place, s'intégrer au milieu et débiter ses traitements plus rapidement. Il sera donc plus facile de s'adapter au milieu qui diffère du sien. Les stratégies d'adaptation en lien avec ce facteur seront discutées de façon plus concrète dans la section suivante.

2.1.3 Motivations du participant

La raison pour laquelle les étudiants partent à l'étranger est aussi une source importante de problèmes personnels, et ce pour différentes raisons. D'abord, les bénévoles décident de faire de l'aide humanitaire et d'utiliser leurs connaissances afin d'offrir une aide tangibles aux peuples dans le besoin, découvrir une autre culture et se mettre au défi. Cependant, si ces attentes ne sont pas atteintes ou irréalistes, elles peuvent engendrer de nombreux questionnements et causer d'importantes déceptions[4]. Par exemple, l'étudiant pourrait noter un manque d'appréciation et de respect de la part des gens qu'il tente d'aider. La motivation peut grandement influencer les actes du bénévole lorsqu'il est sur le terrain[5]. Il est donc possible, selon Hunt, de noter une différence entre les participants qui font ce type de projet pour des raisons uniquement personnelles et ceux qui le font pour des raisons humanitaires dans le but d'aider une communauté dans le besoin. Finalement, dans son article, Levi rapporte un problème majeur : le tourisme clinique[6]. Effectivement, plusieurs étudiants voient en un projet humanitaire une occasion idéale pour voyager et découvrir un nouvel endroit. Ceci peut également s'avérer choquant pour le personnel du pays visité qui doit parfois agir comme guide touristique en plus de guider l'étudiant dans le milieu médical[7].

2.1.4 Perception du rôle de l'étudiant en physiothérapie

Il est possible, lorsqu'un étudiant en physiothérapie décide de participer à un projet humanitaire en réadaptation, qu'il s'engage sans connaître la nature exacte de son rôle. Où va-t-il travailler? Avec quelle clientèle? Dans quel type de milieu? Ces questions peuvent rester sans réponses et ce, jusqu'au jour même où le travail débute. Cette situation représente une source de stress importante pour les étudiants car les rôles et responsabilités sont incertains[5]. Les rôles et responsabilités font allusion aux tâches que le volontaire doit effectuer, au type d'aide qu'il apporte, à la place qu'il doit prendre dans la communauté et à la perception de cette communauté face à l'aide offerte. Hunt affirme qu'une bonne connaissance de la culture et du milieu dans lequel l'étudiant apporte l'aide permet de définir davantage ses rôles et responsabilités au sein de cette communauté[5]. Ceci explique pourquoi la préparation avant le départ est aussi importante. Une meilleure connaissance des rôles sur place permettrait de diminuer le niveau de stress et ainsi améliorer la qualité des soins offerts. Il s'agit également de comprendre la tâche des thérapeutes ou professionnels locaux et de travailler en ce sens. Cela signifie que les étudiants doivent apprendre à collaborer avec ces thérapeutes. Cela signifie également que les étudiants doivent travailler selon les besoins réels de la communauté.

De plus, les étudiants peuvent ressentir de nombreuses craintes face aux rôles qu'ils auront à jouer dans la communauté. En effet, dans des contextes où les ressources sont minimales, les physiothérapeutes peuvent être appelés à poser des gestes en dehors de leur champ de pratique[8, 9]. Par exemple, un physiothérapeute spécialisé en orthopédie peut être appelé à dégager les sécrétions d'une clientèle atteinte de tuberculose, car une épidémie sévit dans la région. S'il n'est pas expérimenté dans le domaine, le risque de causer du tort est encore plus grand. Cela risque également de créer un sentiment d'incompétence. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que chaque professionnel a le choix de traiter ou non le patient, dépendamment de la situation[10]. Ceci signifie que le traitement prodigué à un patient n'a pas seulement des effets bénéfiques; il pourrait y avoir des effets néfastes. Prenons l'exemple d'un milieu où les ressources sont grandement limitées et que le bénévole a accès à une aide technique à la marche. Comment choisir à qui l'offrir? Est-ce qu'un patient pourrait en bénéficier plus qu'un autre? Devrait-on l'offrir à la personne qui a le meilleur pronostic ou à celle qui a le plus de difficultés à la marche? Il est donc important pour le bénévole d'évaluer chacun des aspects de la décision puisque celle-ci peut avoir un impact non seulement sur le patient traité mais également sur les autres patients.

De plus, puisque la durée du volontariat varie d'une situation à l'autre et est rarement très longue, les étudiants craignent de poser des gestes dans le vide ou que les ressources ne soient pas utilisées à leur plein potentiel[5]. Souvent, puisque les soins sont prodigués sur une courte période, les volontaires doivent se concentrer sur un seul aspect de l'aide apportée. Par exemple, les étudiants pourraient se concentrer sur l'évaluation de patients et laisser les traitements aux thérapeutes locaux. Pourtant, ces étudiants auraient le potentiel d'offrir les traitements également. Il est aussi important de mentionner que les soins prodigués sont souvent peu poursuivis lorsque les volontaires quittent la communauté[6]. Bref, le rôle et les responsabilités de l'étudiant en physiothérapie dans un pays en voie de développement sont parfois mal établis. Afin d'éviter une situation problématique, il est primordial de déterminer quels seront les rôles du bénévole lors de son séjour. Si le bénévole et les thérapeutes locaux peuvent communiquer et collaborer adéquatement, il sera alors possible de discuter des rôles que peut prendre ce dernier. Plusieurs suggestions à ce sujet seront présentées dans les recommandations à la fin du document.

2.1.5 Conclusion

Les facteurs internes à l'étudiant peuvent être une grande source de problèmes vécus lors de la pratique de la physiothérapie en milieu humanitaire ou en situation d'aide internationale. Ce sont cependant des facteurs sur lesquels il est possible d'avoir une influence puisqu'ils sont modifiables. En prenant connaissance de ces différents facteurs, il sera plus facile pour l'étudiant en physiothérapie d'orienter sa préparation et de diminuer le stress face à l'inconnu.

2.2 Facteurs externes

Les facteurs internes ne sont pas les seules causes de problèmes pour les étudiants en physiothérapie à l'étranger, les facteurs externes amenant également leur lot de problèmes. Les facteurs externes représentent tout facteur extérieur à l'étudiant qui agit comme une menace ou barrière à son rôle[3]. Ils sont hors du contrôle de l'étudiant. Cependant, être à l'affût des différents facteurs pourrait permettre de diminuer leur impact sur le rôle du bénévole. Parmi ces facteurs l'on retrouve les barrières langagières et culturelles, la place de la médecine traditionnelle et de la famille dans la réadaptation ainsi que les problèmes économiques de la communauté où il ira travailler.

2.2.1 Barrières langagières

De nombreux auteurs rapportent les barrières langagières comme étant un obstacle primordial à la pratique de la physiothérapie[2, 4, 5, 11]. Dans de nombreux pays, le français et l'anglais ne

font pas partie des langues courantes. Les étudiants ne peuvent donc pas communiquer adéquatement, à moins de connaître cette langue. Selon Green, ne pas connaître la langue du pays dans lequel l'étudiant travaille peut occasionner des problèmes avec les patients ainsi qu'avec le personnel local[7]. En plus d'être une grande source de stress pour l'étudiant cela diminue ses chances d'offrir un traitement approprié et efficace[11]. Les barrières langagières nécessitent régulièrement l'implication d'un interprète et de ressources locales, ce qui peut nuire au rendement de l'étudiant[2]. L'interprète n'est pas une mauvaise chose en soi, mais l'utilisation d'une personne intermédiaire dans les communications pourrait augmenter le risque de mauvaise traduction, de faux messages et d'information erronée. De plus, s'il s'avère que l'interprète soit un membre de la famille du patient, les risques de biais sont plus importants[11]. La communication est un aspect primordial de la physiothérapie, il est donc primordial que les étudiants développent différentes stratégies telles que le langage non verbal ou un langage simplifiée pour offrir un traitement de qualité[11].

2.2.2 Barrières culturelles

Les barrières et différences culturelles prennent également une grande part des problèmes rencontrés par les étudiants. Tout d'abord, chaque pays a sa propre définition des droits et libertés et du consentement éclairée. Puisque l'étudiant peut concevoir les droits et libertés différemment de la communauté où il va travailler, cela pourrait engendrer des problèmes éthiques[2, 12]. De plus, la représentation de ce qu'est un professionnel de la santé peut influencer le traitement, autant de façon positive ou négative[8]. En effet, pour certaines cultures, le « sarrau blanc » représente la guérison et l'espoir. Pour d'autres, cela crée de la peur et de l'incertitude. Ensuite, d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre, on note de nombreuses différences non seulement au niveau culturel mais aussi au niveau de la perception de la maladie et l'incapacité[12]. Ceci pourrait être un obstacle majeur au travail de l'étudiant. En effet, dans certaines cultures, un handicap est considéré comme un mauvais sort et la réadaptation ne peut améliorer la situation. L'étudiant devra donc expliquer différemment à la famille en quoi la physiothérapie pourrait être bénéfique à la personne atteinte de l'handicap.

2.2.3 Place de la médecine traditionnelle et de la famille dans la réadaptation

Pour de nombreuses cultures, l'opinion de la famille et de la communauté dans la réadaptation d'un patient est primordiale pour celui-ci. Ceci peut avoir une grande influence sur le processus de prise de décision du patient face à son traitement, sur ses attentes et sur sa participation. En plus, cela pourrait occasionner des conflits culturels avec les bénévoles qui proposent des traitements plus occidentaux[4, 8]. Par exemple, en offrant un traitement inconnu de la communauté, il est possible que le patient participe moins, engendrant ainsi des frustrations au

physiothérapeute. De plus, pour plusieurs communautés, la médecine traditionnelle occupe une place importante dans la réadaptation d'un patient. Le bénévole pourrait se sentir inutile ou impuissant face à une situation qui impliquerait ce type de médecine puisqu'elle est inconnue à ses yeux. Finalement, il est important que l'aide apportée par les étudiants soit désirée et voulue[7]. En effet, selon Green[7], il faut que les étudiants communiquent avec la communauté locale afin de connaître leurs besoins et désirs. De cette façon, l'impact sera plus important.

2.2.4 Problèmes économiques

Puisque les projets internationaux se font fréquemment dans des pays en voie de développement, il n'est pas rare que les étudiants soient confrontés à des situations de grande pauvreté. Selon Green, le principal problème des pays en voie de développement dans le domaine de la santé est le manque de matériel et de ressources financières[7]. Ce manque flagrant amène des frustrations et des difficultés chez des bénévoles qui pratiquent habituellement avec des ressources plus abondantes[4]. De plus, tel qu'expliqué dans le premier chapitre (Maude), puisque de nombreux organismes financent de tels projets, ils peuvent imposer le type de traitement utilisé. Ceci peut être un problème lorsque le traitement offert ou imposé par l'ONG, qui est souvent très occidental, n'est pas bien accepté ou toléré dans la communauté[12]. Une autre conséquence liée au problème de la pauvreté est que les services sont fréquemment offerts par des étudiants[6]. Leur formation académique et pratique n'est donc pas aussi complète que des physiothérapeutes. Les peuples démunis, à cause de leurs faibles moyens, reçoivent donc des soins qui risquent d'être de moins bonne qualité.

2.2.5 Conclusion

Bien que les facteurs nommés et discutés précédemment soient des facteurs externes à l'étudiant en physiothérapie, il est possible de les influencer afin d'optimiser l'efficacité du travail en contexte humanitaire. En effet, en prenant connaissance de leur existence et en se préparant au risque qu'ils surviennent, l'étudiant se sentira mieux outillé. Par exemple, en s'informant sur la langue et la culture de la communauté visitée, les risques de problèmes liés aux barrières culturelles et langagières diminuent. La section suivante traitera des stratégies d'adaptation qui permettront aux étudiants d'éviter ou de mieux gérer les différents obstacles.

3. Stratégies d'adaptation

Malgré le fait que de nombreux auteurs rapportent les différents facteurs menant à des problèmes importants dans le domaine de la physiothérapie en contexte d'aide internationale, peu d'auteurs abordent le sujet des stratégies d'adaptation. On nomme les obstacles sans

toutefois offrir aux étudiants des solutions concrètes aux problèmes. Évidemment, être à l'affût des obstacles possiblement rencontrés permet de diminuer leur impact[2]. Ce n'est cependant pas suffisant. La section qui suit présentera des valeurs, principes et comportements à adopter, recensés dans quelques articles, qui peuvent contribuer à réduire les facteurs menant à des problèmes.

3.1 Valeurs et principes à adopter

Il est difficile de suggérer des valeurs ou principes à adopter lorsqu'il est fort probable qu'ils soient différents d'une culture à l'autre. Cependant, dans son article, Pinto[2] propose un cadre éthique de valeurs et principe que les étudiants et travailleurs de la santé peuvent adopter afin d'améliorer leurs relations avec les gens de la communauté locale. Évidemment, ces valeurs ne sont que quelques exemples puisqu'aucun auteur n'a déterminé avec certitude le cadre éthique dans lequel l'étudiant en physiothérapie devrait agir et comment travailler dans les pays en voie de développement[2]. Les quatre valeurs les plus souvent rencontrées dans la littérature sont l'humilité, l'introspection, la solidarité et la justice sociale.

3.1.1 L'humilité

L'humilité consiste en connaître ses propres limites tant personnelles que professionnelles[2]. Il est primordial pour un étudiant en physiothérapie de reconnaître que ses connaissances ne sont pas maximales et que l'expérience acquise ici, au Québec, ne s'applique peut-être pas directement dans un pays en voie de développement[2]. L'humilité a donc un impact important sur les gestes et réactions de l'étudiant face à des situations problématiques et pourrait dicter sa conduite. Dans son article, Levi[6] propose également aux étudiants de se construire une humilité culturelle, c'est-à-dire d'être humble face à sa propre culture et à la connaissance limitée d'une autre culture. En effet, il est normal de ne pas connaître de fond en comble les caractéristiques d'une culture qui diffère de la nôtre. Cependant, être à l'affût de ce manque de connaissances permet d'être sensible aux différences[6]. Il faut que l'étudiant soit en mesure de réaliser que ses gestes et réflexions peuvent être biaisés par ses propres valeurs.

3.1.2 L'introspection

L'introspection fait appel aux motivations de l'étudiant à participer à un projet de réadaptation humanitaire. Selon Pinto[2], le fait de vouloir explorer le monde et découvrir une nouvelle culture et un nouveau pays ne sont pas des motivations satisfaisantes et pourraient, à la limite, être une perte de temps et de matériel. L'auteur suggère également de faire passer une série de questions aux volontaires afin d'y voir les motivations de chacun et juger si l'étudiant est prêt à vivre une telle expérience. Comme discuté précédemment, les mauvaises motivations et le

tourisme clinique peuvent être une source de problème pour l'étudiant en physiothérapie. Ce dernier doit être en mesure de savoir et comprendre les raisons qui le pousse à participer à un tel projet. Une personne capable d'introspection sera capable d'offrir des soins de meilleure qualité[2].

3.1.3 La solidarité

Toujours selon Pinto[2], la solidarité est une valeur puissante qui amène l'étudiant à être conscient des violations des droits et libertés, des inégalités, des dommages à l'environnement, etc. Il est suggéré que les valeurs et buts de l'étudiant soient en lien avec ceux de la communauté locale et qu'il se développe une relation d'égalité[2]. En effet, les valeurs et buts de l'étudiant sont aussi importants que ceux des thérapeutes locaux et de la communauté. Comme mentionné précédemment, les différences de valeurs peuvent être la source d'importants problèmes pour les étudiants. Si le principe de solidarité est adopté et appliqué, les risques de rencontrer ce type d'obstacle diminuent. Effectivement, développer une relation d'égalité entre l'étudiant et les thérapeutes locaux favorise une collaboration efficace. Il est donc important pour les étudiants de développer un sentiment de solidarité envers la communauté aidée afin d'offrir le traitement le plus optimal possible.

3.1.4 La justice sociale

Le but ultime du travail en santé mondiale est de tenter de diminuer les inégalités entre les pays industrialisés et ceux en voie de développement[2]. En effet, peu importe où il se trouve, chaque être humain devrait avoir droit aux mêmes soins de santé. Cependant, Pinto rappelle qu'il faut demeurer prudent sur ce point[2]. L'auteur ajoute que la médecine et politique occidentale ont tendance à biaiser l'opinion des gens en ce qui a trait à la santé mondiale dans les pays en voie de développement, ce qui incite les Occidentaux à penser que leurs méthodes sont supérieures. Pinto suggère également aux étudiants de rester ouverts aux alternatives dans les pays en voie de développement. Il ne s'agit pas seulement de traiter les patients, mais aussi de participer à l'organisation d'un système de santé efficace qui sera à l'image de la communauté locale[2]. Les bénévoles doivent être à l'écoute des besoins spécifiques des gens et les respecter. La justice sociale permet donc aux bénévoles d'être préoccupés par la santé de la population des pays en voie de développement et d'offrir leur aide, au meilleur de leurs connaissances.

3.1.5 Conclusion

Bien que les valeurs discutées soient celles qui sont le plus souvent rapportées par les auteurs, il est facile de croire que ce ne sont pas les seules. Plusieurs autres valeurs et principes

peuvent faire d'un étudiant en physiothérapie un excellent candidat à la pratique en milieu communautaire et humanitaire. Des valeurs telles que l'entraide, l'ouverture d'esprit et la bienveillance peuvent également aider l'étudiant dans son projet. Ces valeurs n'ont toutefois pas été l'objet d'une étude. Il est pertinent de croire que la capacité d'adaptation de l'étudiant soit un principe qui puisse l'aider grandement dans son projet. En étant capable de s'adapter rapidement à une situation qui diffère de son quotidien, il diminue les risques d'être déstabilisé et peut être efficace plus rapidement dans son travail. Bref, il est important, qu'avant son départ, l'étudiant aie ou développe des valeurs qui faciliteront son travail ainsi que son intégration au sein de la communauté. Celle-ci sera également facilitée par la communication.

3.2 La communication

La communication est un des outils les plus importants pour le physiothérapeute. Elle sert à évaluer, traiter, comprendre et guider le patient[11]. La réussite d'un traitement en dépend souvent. Il semble donc primordial que le physiothérapeute puisse communiquer non seulement avec le patient mais aussi avec la famille ainsi que les autres professionnels de la santé avec lesquels il collabore. De plus, la communication est un excellent outil de prévention de plusieurs maladies et conditions problématiques[13]. Cependant, que faire lorsqu'en contexte de pratique en pays de voie de développement, les barrières de langages sont présentes? Comment communiquer avec des gens dont la langue diffère de la nôtre? Heureusement, il existe quelques stratégies qui permettent de contourner cette barrière.

3.2.1 Interprètes

Selon les études, la meilleure stratégie de communication avec un patient qui n'utilise pas la même langue que le physiothérapeute serait un professionnel de la santé interprète[11]. En effet, si l'interprète est un professionnel de la santé, les risques de biais devraient diminuer étant donné ses connaissances médicales. Ce type de ressource est rare dans les milieux d'aide humanitaire mais, lorsque disponible, elle devient une aide précieuse. Les membres de la famille sont un autre type d'interprète possible[11]. En effet, l'utilisation d'un membre de la famille qui maîtrise la même langue que le bénévole peut être un atout pour le traitement en physiothérapie. L'influence de l'interprète sur le patient peut avoir des effets bénéfiques dû au lien familial qui unit. Le patient pourrait avoir davantage confiance lorsqu'un membre de sa famille lui explique sa condition, le traitement, les exercices, etc.[11] Cependant, l'étudiant en physiothérapie doit rester à l'affût des risques de mal-interprétation qui pourraient survenir, surtout si l'interprète n'a pas de connaissances médicales[11]. En effet, il semblerait que 23 à 52% des questions posées par le professionnel de la santé seraient mal traduites par un

interprète n'ayant aucune connaissance médicale[11]. Malgré cela, l'utilisation d'interprètes peut s'avérer très utile et efficace en cas de problèmes de communication avec le patient.

3.2.2 Communication non-verbale

Lorsqu'aucun interprète n'est disponible, l'utilisation du non-verbal devient le moyen de communication de choix pour l'étudiant en physiothérapie[11]. La communication non-verbale comprend les démonstrations, les gestes, les expressions faciales et les indices visuels[11]. Selon Sze-Mun Lee[11], les physiothérapeutes se sentent en confiance avec ce type de communication lorsqu'ils traitent un patient de langue différente. Cependant, l'auteure nous rappelle que le non-verbal ne s'interprète pas de la même façon et peut varier selon les cultures[11]. L'étudiant doit donc demeurer prudent et être attentif aux gestes de ses patients et aux réactions que suscitent ses propres gestes. Bien que cette communication ne peut servir pour des messages complexes, elle est efficace et couramment utilisée pour des messages simples[11].

3.2.3 L'anglais simplifié

En plus d'être une des langues officielles de l'ONU[14] et de l'OMS[15], l'anglais est l'une des langues les plus répandues dans le monde. Il est donc probable, pour les étudiants en physiothérapie, qu'ils puissent utiliser l'anglais dans le pays dans lequel ils travailleront. Cependant, tous ne maîtrisent pas cette langue au même niveau. C'est pourquoi Sze-Mun Lee[11] propose d'utiliser l'anglais mais de façon simplifiée. Par exemple, au lieu de demander à un patient : «Please sit down slowly », il est possible d'utiliser le simple mot « sit ». Avec qu'un patient qui ne maîtrise que partiellement la langue, l'étudiant augmente ses chances de se faire comprendre. Il est également possible pour l'étudiant de poser des questions simples et fermées afin de guider le patient et de faciliter l'évaluation. Cependant, comme pour les solutions précédentes, cette façon de communiquer ne permet pas d'utiliser des phrases ou des commandes complexes[11]. Elle demeure tout de même une bonne alternative pour communiquer avec un patient qui possède une connaissance de base de l'anglais. Cette technique peut également être utilisée pour une autre langue qui est maîtrisée à la fois par le patient et par l'étudiant en physiothérapie.

3.2.4 Langue de la communauté simplifiée

Il est évident que de connaître la langue de la communauté aidée est un atout majeur pour l'étudiant en physiothérapie[13]. Par contre, ce n'est pas toujours possible. En effet, il serait difficile pour un étudiant qui participe à un projet de réadaptation d'un mois au Népal d'apprendre le népalais avant son départ. Cependant, il est possible d'apprendre quelques mots

ou expressions de la langue. Pour un patient qui se fait traiter par un bénévole étranger, ce geste est souvent très bien perçu[11]. Il augmente le sentiment de confiance du patient et démontre l'intérêt du physiothérapeute pour la culture et communauté dans laquelle il se trouve[11]. Évidemment, cette solution pourrait amener son lot de problèmes si l'étudiant n'utilise pas les mots appris de façon adéquate. Mais cette façon de communiquer peut être efficace et très appréciée par les patients.

3.2.5 Transfert de connaissances

Le transfert de connaissances n'est pas une stratégie pour améliorer la communication mais est une façon d'utiliser certains principes de communication pour améliorer la pérennité des projets. Comme mentionné dans la section précédente, le fait que les projets étudiants ne perdurent pas dans le temps est un problème majeur, autant pour les étudiants que le peuple du pays dans le besoin. Il est donc primordial d'y trouver une solution. La communication en est une. En effet, l'étudiant peut expliquer ses traitements aux thérapeutes locaux afin que ceux-ci apprennent et appliquent de nouvelles techniques ou une nouvelle routine. De plus, ils peuvent utiliser des notes de suivi dans lesquels le traitement effectué sera indiqué[7]. Il sera plus facile pour les thérapeutes locaux ou les futurs bénévoles de poursuivre ce qui a été débuté. La communication, dans ces cas-ci, favoriserait le projet à long terme[7].

3.2.6 Conclusion

La communication est un des facteurs problématiques qui est le plus souvent mentionné dans la littérature. En effet, les risques d'avoir un problème de communication entre les étudiants en physiothérapie et la communauté sont élevés. Pour plusieurs pays, l'anglais et le français ne font pas partie des langues couramment utilisées. De plus, il peut être difficile d'apprendre une nouvelle langue avant le départ dans un pays en voie de développement. Il existe cependant différentes stratégies qui permettent de contourner ou de diminuer l'ampleur de ce problème[11]. Il faut cependant que les étudiants soient à l'affût de ces stratégies et qu'ils sachent les utiliser de façon adéquate. Il est important de mentionner qu'en physiothérapie à l'Université de Montréal, la communication est une compétence sur laquelle les étudiants sont invités à travailler tout au long de leur cursus scolaire et dans leurs stages.

3.3 Autres conseils

La plupart des auteurs qui suggèrent des stratégies d'adaptation proposent des idées concernant les valeurs du participant ou la communication. Cependant, quelques auteurs amènent d'autres conseils. Provenzano[8] propose un guide aux étudiants de médecine dont certains aspects peuvent être applicable aux étudiants en physiothérapie. Elle suggère d'abord

que le projet d'aide internationale devrait être un projet de collaboration entre les deux pays ou les deux établissements[8]. Ensuite, il serait important que le projet des étudiants soit bénéfique et dans les intérêts de la communauté aidée[8]. Une solution serait que le projet puisse être construit conjointement, dans les intérêts de chacun. Provenzano suggère également que les étudiants aient, en tout temps, une personne ressource dans leur pays d'origine qu'ils peuvent consulter en cas de doute ou de problèmes[8]. Finalement, elle conseille aux étudiants de suivre une formation de base sur la culture et la langue de la communauté dans laquelle ils iront travailler afin de faciliter leur intégration[8]. Avec ces suggestions, l'étudiant s'assure de diminuer les risques d'obstacles durant leur projet et d'avoir des solutions en cas de problèmes.

En 2007, Alappat *et al.*[3] ont conduit une étude dont le but était de déterminer le rôle des physiothérapeutes canadiens en santé mondiale à l'étranger. Dans cette étude, ils ont énuméré les forces de ces derniers qui sont les études, la formation, la faculté d'adaptation professionnelle ainsi que les aptitudes à la communication et à l'enseignement[3]. Ces forces font partie de la formation académique des étudiants en physiothérapie et sont apprises tout au long du cursus scolaire. Il est donc possible de conclure que les étudiants en physiothérapie, bien que leurs études ne soit pas totalement complétées, sont en mesure d'effectuer des projet d'aide humanitaire en physiothérapie.

4. Conclusion

De plus en plus d'étudiants s'intéressent à la physiothérapie en milieu humanitaire et communautaire. Cependant, peu d'entre eux réalisent l'ampleur du projet et les implications que cela comporte. Bien souvent, la préparation des étudiants avant le départ consiste en le financement du projet, les visas, les vaccins et les billets d'avion. Pourtant, ce n'est pas tout. De nombreux facteurs peuvent influencer la pratique de la physiothérapie et les étudiants doivent en être informés. En effet, en étant à l'affût des différents problèmes qui peuvent survenir, l'étudiant se prépare à les affronter. Prendre connaissance des différents facteurs internes et externes à l'étudiant qui ont un impact sur sa pratique devrait donc faire partie d'une bonne préparation.

Comme mentionné précédemment, il existe quelques stratégies d'adaptation qui permettent de faciliter le parcours des étudiants en physiothérapie lorsqu'ils participent à un projet d'une telle ampleur. L'étudiant devrait également être informé de ces stratégies qui pourraient lui faciliter la tâche une fois à l'étranger. Comment faire pour que les étudiants soient informés et sachent

comment se préparer? Selon Pinto[2], c'est aux établissements universitaires de fournir l'information pertinente aux départ de ses étudiants. Ainsi, les étudiants auraient davantage confiance en leurs moyens et serait mieux outillés pour affronter les différents défis qu'amène la physiothérapie humanitaire et communautaire. Pinto[2] propose aussi aux étudiants de retarder leur départ s'ils ne se sentent pas prêts. Selon lui, un étudiant bien préparé offrira des soins d'une meilleure qualité à une communauté qui en a besoin. Il pourrait donc être intéressant de développer, dans les universités québécoises ou montréalaises, une formation ou conférence dans laquelle on proposerait aux étudiants des pistes pour leur préparation afin de favoriser leur succès à l'étranger.

5. Références

1. WCPT. *Disability and function*. [Online] 2011 [cited 2011 November 29th]; Available from: <http://www.wcpt.org/node/27545>.
2. Pinto, A.D. and R.E.G. Upshur, *Global health ethics for students*. *Developing World Bioethics*. **9**(1): p. 1-10.
3. Alappat, C.G.S., Aaron Penfold, Brendan McGovern, Jennifer McFarland, Sudha Raman, and Michel D. Landry, *Role of Canadian Physical Therapists in Global Health Initiatives: SWOT Analysis*. *Physiotherapy Canada*. **59**(4): p. 14.
4. Hunt, M.R., *Ethics beyond borders: how health professionals experience ethics in humanitarian assistance and development work*. *Developing World Bioethics*, 2008. **8**(2): p. 59-69.
5. Hunt, M.R., *Moral experience of Canadian healthcare professionals in humanitarian work*. *Prehospital & Disaster Medicine*, 2009. **24**(6): p. 518-24.
6. Levi, A., *The ethics of nursing student international clinical experiences*. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2009. **38**(1): p. 94-9.
7. Green, T., et al., *Perceptions of short-term medical volunteer work: A qualitative study in Guatemala*. 2009: *Globalization and Health*. 5 , 2009. Article Number: 4. Date of Publication: 26 Mar 2009.
8. Provenzano, A.M., et al., *Short-term global health research projects by US medical students: ethical challenges for partnerships*. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene*, 2010. **83**(2): p. 211-4.
9. Schwartz, L., *Ethics in Humanitarian Aid Work: Learning for the Narratives of Humanitarian Health Workers*. *AJOB Primary Research*, 2010. **1**(3): p. 45-54.
10. Sinding, C., et al., *'Playing God Because you Have to': Health Professionals' Narratives of Rationing Care in Humanitarian and Development Work*. *Public Health Ethics*, 2010. **3**(2): p. 147-156.
11. Sze-Mun Lee, T., G. Sullivan, and G. Lansbury, *Physiotherapists' communication strategies with clients from culturally diverse backgrounds*. 2006: *Advances in Physiotherapy*. 8 (4) (pp 168-174), 2006. Date of Publication: Dec 2006.
12. Turmusani, M., A. Vreede, and S.L. Wirz, *Some ethical issues in community-based rehabilitation initiatives in developing countries*. *Disability & Rehabilitation*, 2002. **24**(10): p. 558-64.
13. Mboera, L.E.G., et al., *Knowledge and health information communication in Tanzania*. *East African Journal of Public Health*, 2007. **4**(1): p. 33-9.
14. ONU. *Les langues officielles de l'ONU*. [Online] [cited 2012 March 19th]; Available from: <http://www.un.org/fr/aboutun/languages.shtml>.
15. OMS. *Multilinguisme à l'OMS*. [Online] 2012 [cited 2012 March 19th]; Available from: <http://www.who.int/about/multilingualism/fr/index.html>.

Problématique

À notre retour du Népal, nous avons réalisé que notre préparation n'était pas optimale et que cela avait eu un impact sur la réalisation de notre projet. Les guides d'évaluation et les revues de littératures que nous avons préparé avant le départ ne nous ont pas servis. Nous avons également fait face à de nombreux problèmes que nous avons dû gérer sur place. Cette expérience nous a ouvert les yeux sur le manque de préparation de notre part. En étant mieux préparées, notre expérience aurait pu être plus enrichissante et nos soins prodigués plus adéquats.

De plus, les étudiants en physiothérapie et les physiothérapeutes expatriés ont un rôle important à jouer en réadaptation dans les pays en voie de développement, où vivent 80% des personnes atteintes de maladies non-transmissibles (diabète, cancer, etc.)[19], afin d'accroître l'accès à des services de physiothérapie de qualité. Par exemple, dans certains pays d'Afrique, seulement 26 à 55% de la population bénéficie des services de réadaptation dont elle a besoin[20]. Les étudiants en physiothérapie peuvent donc être tentés d'aller aider ces communautés. Puisque l'intérêt est grandissant, que la demande mondiale en soins de réadaptation est omniprésente et que la préparation faite avant le départ ne nous semble pas optimale, nous désirons aider les futurs étudiants en physiothérapie dans la réalisation de leurs projets humanitaires.

En faisant une revue de la littérature disponible sur le sujet, nous avons remarqué que très peu d'articles discutent de la préparation nécessaire à un projet de réadaptation dans les pays en voie de développement. Un nombre encore moins important aborde celle des étudiants en physiothérapie. Nous croyons qu'une bonne préparation avant le départ pourrait aider les étudiants à relever les défis qu'ils rencontreront sur le terrain, à l'étranger. Seulement, quelques auteurs rapportent certains problèmes dont les plus fréquemment rencontrés sont les attentes irréalistes[21], le tourisme clinique[22], le stress que l'expérience occasionne[23] et les barrières culturelles et langagières[24]. Encore moins d'auteurs offrent des conseils ou proposent des stratégies d'adaptation.

Schwartz[25] a écrit en 2010 que les articles sur le sujet regroupent plusieurs disciplines mais que les prochains devraient étudier ce phénomène auprès d'une seule profession. Nous désirons nous concentrer sur la préparation et la réalisation de projets étudiants de physiothérapie dans un pays en voie de développement afin de leur proposer une liste de

recommandations. Pour ce faire nous avons mené une étude (approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal) ayant les objectifs suivants:

1. Connaître la perception des étudiants sur leur préparation en vue de la réalisation d'un projet de physiothérapie dans un PVD
2. Comparer ces perceptions avec notre expérience personnelle et la littérature
3. Établir une liste de recommandations concernant la préparation et la réalisation d'un projet humanitaire en physiothérapie afin d'augmenter les impacts positifs que peut avoir ce type de projet sur la communauté locale et sur les étudiants

Méthodologie

Trois méthodes ont été utilisées pour répondre à nos objectifs :

- 1) Notre expérience : trois étudiantes en physiothérapie ayant travaillé un mois dans un centre offrant des services de réadaptation à base communautaire au Népal.

- 2) Revue de littérature :

Mots-clés: CBR, Community health service, Developing countries, Disabilities, Ethical issues, International cooperation, Rehabilitation, Role of physiotherapist, SWOT analysis et World health

Bases de données: Medline, PubMed, Embase, CINAH et PEDro

- 3) Entrevues individuelles :

Les participants recrutés étaient deux groupes de quatre étudiants. Le premier groupe représentait des étudiants de troisième année en physiothérapie à l'Université de Montréal qui quitteront pour un projet de RBC au Népal au printemps 2012. Le deuxième groupe incluait quatre étudiants à la maîtrise en physiothérapie qui ont participé à un projet de réadaptation au Cambodge en mai 2011, alors qu'ils étaient en troisième année. Les participants étaient déjà connus des étudiantes chercheuses dû à diverses rencontres concernant les projets humanitaires. Leur participation s'est effectuée sur base volontaire et un formulaire de consentement (*annexe 1*) a été remis à chacun d'entre eux. Les huit étudiants ont été approchés et invités à l'entrevue par courriel (*annexe 2*) via la liste de courriels accessibles aux étudiants (bottin des étudiants).

La collecte de données s'est faite sous forme de courtes entrevues individuelles semi-structurées d'une durée maximale de 20 minutes (*annexe 3*). Les questions portant sur la préparation, les obstacles et les stratégies d'adaptation étaient de type ouverte afin de permettre aux répondants de discuter de façon libre. Les entrevues ont été enregistrées et le verbatim des entretiens a été transcrit.

L'analyse des données s'est faite par l'étude du contenu des entrevues. Il a fallu faire ressortir des entretiens des thèmes que nous avons pré déterminés en fonction de notre expérience et de la littérature, ceux-ci ont été regroupés selon les catégories suivantes : la préparation personnelle, les valeurs et compétences, le pays et son environnement, le milieu de travail dans le pays en voie de développement ainsi que la clientèle rencontrée lors du projet. Une triangulation a été faite afin de mettre en relation les thèmes regroupés avec ceux mentionnés dans la littérature ainsi qu'avec notre expérience vécue en RBC au Népal.

Résultats et discussion

Les 8 étudiants nous ont fait part, pendant les entrevues, de leurs perceptions concernant les différents thèmes énumérés ci-haut. Les citations des étudiants portant les numéros 1 à 4 appartiennent au groupe « sans expérience » alors que les citations des étudiants portant les numéros 5 à 8 appartiennent au groupe « avec expérience ». Voici les résultats de ces entrevues.

1. Préparation personnelle

Concernant la préparation personnelle, les aspects les plus abordés par les étudiants sans expérience étaient le financement mentionné par tous et les billets d'avion, mentionnés par trois de ceux-ci. Un seul étudiant discute du choix des co-équipiers, du choix de la destination, des visas, des vaccins, du matériel de voyage et de la présentation à un comité de sélection de l'université comme étant des aspects de leur préparation personnelle.

Étudiant #1 : « Là, en ce moment, on a payé l'organisme, pas les billets d'avion. On a fait une campagne de financement. (...) On a envoyé notre CV, faut préparer notre visa, on est comme vraiment dedans là, en ce moment. »

Les étudiants avec expérience mentionnent que le financement a fait partie de leur préparation avant le départ pour le Cambodge. Deux d'entre eux rapportent avoir effectué une préparation

au niveau du choix des co-équipiers, de la présentation à un comité de sélection de l'université, des vaccins et des visas.

Étudiant #5 : « (...) fallait faire, premièrement, une présentation au comité de sélection pour qu'un directeur de projet l'accepte. (...) par la suite, c'était plus au niveau organisation, avec un organisme. On a communiqué avec eux pour savoir ce qu'on avait besoin de préparer au niveau de l'information qu'on avait à avoir. (...) on a dû organiser des activités de financement (...). À la fin, c'était plus avoir nos visas, acheter nos billets d'avion. »

Un étudiant sans expérience mentionne vouloir se rendre dans un centre accueillant des enfants handicapés à Montréal pour se bâtir une expérience avec cette clientèle et ainsi mieux se préparer au projet qui s'en vient.

Trois des étudiants sans expérience rapportent que s'ils avaient plus de temps, ils feraient davantage de financement. Du côté des étudiants avec expérience c'est un seul d'entre eux qui aurait effectué plus de financement s'ils avaient eu plus de temps disponible.

Un étudiant sans expérience aimerait en savoir plus sur la clientèle et le milieu rencontrés sur place.

Tous les étudiants sans expérience pensent qu'une expérience antérieure de stage, d'emploi ou de voyage pourraient leur permettre d'être moins dépourvus lors de situations problématiques. Pour deux des étudiants avec expérience, des expériences antérieures de voyage les ont aidé à s'adapter.

Concernant la satisfaction des étudiants avec expérience face à leur préparation, trois d'entre eux estiment que leur préparation fut adéquate et deux étudiants disent qu'il y a trop d'imprévus rencontrés pendant le projet pour effectuer une préparation parfaite.

Étudiant #7 : « la préparation qu'on a faite de notre côté nous j'ai trouvé que c'était optimal. »

Étudiant #5 : « Il va toujours y avoir des changements par rapport à ce à quoi tu t'étais préparé, c'est inévitable d'après moi. »

Pollard[26] et Byford[27] rapportent la grande importance de s'informer sur le contexte de réadaptation des PVD, la culture et la perception du handicap. Or, ce n'est pas la priorité des

étudiants sans expérience. Deux d'entre eux ont cependant démontré un intérêt à s'informer sur ces éléments s'ils avaient plus de temps. Les étudiants avec expérience ont rapporté qu'il était important de se renseigner sur le pays dans lequel se déroulera le projet.

2. Communication

La communication a été un sujet très discuté autant par les étudiants sans expérience que ceux avec expérience. Deux des étudiants sans expérience ont mentionné qu'ils ont tenté de s'informer sur la langue.

Étudiant # 2: « Puis, j'ai fait aussi beaucoup de recherches pour essayer d'avoir des cours de népali. Mais, ça pas été fructueux. »

Tous les étudiants avec et sans expérience rapportent que la langue est un problème lors de la pratique de la physiothérapie en PVD. D'ailleurs, tous les étudiants avec expérience sont d'accord pour dire que la langue et les communications étaient des problèmes importants.

Étudiant #8: « (...)ma barrière principale, ça a été la langue. Je m'attendais à faire des traitements supers intéressants pis supers complets, mais quand les patients sont même pas capables de comprendre, pis toi t'es pas capable de les comprendre... (...)Finalement, les traitements que tu donnes sont pas nécessairement aussi efficaces que ça aurait pu.»

De plus, sept étudiants sur huit mentionnent que d'adapter leur façon de communiquer était un moyen efficace de contrer les problèmes dus à la barrière de langage. Sze-Mun[28] propose aux physiothérapeutes de nombreuses solutions aux problèmes de communication telles que l'utilisation d'interprètes, la communication non-verbale, l'anglais simplifié ainsi que la langue de la communauté simplifiée. Du côté des étudiants sans expérience, trois des quatre ont rapporté que des stratégies de communication seraient le moyen idéal de contrer les problèmes liés à la communication.

Étudiant #3: « (...) j'pense que d'arriver avec des images, arriver en gesticulant beaucoup, en démontrant beaucoup, ça va être un peu le moyen de s'en sortir ».

Tous les étudiants avec expérience ont rapporté qu'ils ont utilisé les stratégies de communication (langage corporel, utilisation de mots-clés, interprète et anglais simplifié) pour contrer la barrière de langage.

Étudiant #7: *«Certains patients ne parlaient pas du tout ni anglais ni français (...) ils parlaient khmer justement. Donc on devait avoir un interprète pour pouvoir comprendre.»*

Dans le cadre de notre projet au Népal, nous avons utilisé plusieurs de ces stratégies soit l'utilisation d'interprètes et l'anglais simplifié. De plus, afin d'expliquer aux thérapeutes locaux certains exercices et de réduire la barrière de langage, nous avons utilisé la photographie.

3. Collaboration

En ce qui a trait à la collaboration avec les intervenants locaux, deux des étudiants sans expérience croient qu'elle pourrait être problématique due à de nombreux facteurs, dont la communication difficile secondaire à la barrière de langage.

Étudiant #3: *« j'pense que la communication, ça va être très difficile, parce que aussi, ça interfère sur la collaboration avec les autres intervenants là-bas. »*

Deux des étudiants avec expérience ont rapporté qu'il pouvait être difficile de collaborer avec les intervenants locaux puisqu'ils peuvent avoir des attentes différentes envers les étudiants.

Étudiant # 6: *«y'en a un, dans sa tête que, « tu vas tout m'apprendre », pis l'autre, c'était « je suis ton prof, écoute-moi. »*

Trois sur quatre des étudiants sans expérience et deux sur quatre de ceux avec expérience rapportent qu'il est possible d'avoir des problèmes de collaboration avec les intervenants locaux. La principale stratégie d'adaptation rapportée pour ce problème est la communication. Cependant, un étudiant avec expérience a mentionné qu'une stratégie efficace pour lui a été de gagner la confiance des intervenants locaux, entre autre en essayant d'être empathique et de comprendre leur point de vue. Cette stratégie est d'autant plus importante pour les étudiants qui n'ont pas encore leur diplôme puisqu'ils doivent davantage prouver leurs compétences. L'OMS[14] rapporte que la collaboration avec ces intervenants est essentielle dans les programmes de RBC. Les intervenants peuvent avoir reçu une formation de base en réadaptation, d'où l'importance de s'en informer afin d'améliorer la collaboration et le transfert de connaissances [13].

4. Culture locale

Pour de nombreux auteurs [24, 29, 30], les barrières culturelles sont une source non négligeable de problèmes. En effet, d'un pays à l'autre, la culture et les mœurs varient énormément. Par exemple, pour certaines cultures, le handicap est considéré comme un mauvais sort et la réadaptation ne pourra améliorer la situation. Il est intéressant de constater que dans les entrevues, tous les étudiants rapportent que la langue, la culture locale et la pauvreté pourraient être des obstacles rencontrés. Il est donc bien important pour les futurs étudiants d'en apprendre le plus possible sur la culture dans laquelle ils travailleront. Dans les entrevues, deux des étudiants sans expérience mentionnent qu'ils veulent s'informer davantage sur le pays et sa culture.

Étudiant #1: « (...) *apprendre mieux la langue. Se renseigner plus sur le pays, sur la culture (...), c'est qui ces gens là, comment ils vivent aussi.* »

Étudiant #2 : « *Je lis des livres sur le Népal, pour (...) trouver de l'information sur là où est-ce qu'on va, pour savoir comment ça se passe là-bas.*

Pour ce qui est des étudiants avec expérience, ils ont tous au moins fait une recherche de base sur le pays et sa culture avant leur départ.

Étudiant #8 : « *On s'était informé un peu sur la culture du pays, sur l'histoire. En tout cas, pour ma part. Et je pense que ça l'a aidé en arrivant là-bas.* »

La préparation en lien avec le pays et la culture permet également aux étudiants de se préparer à un éventuel choc culturel. Cependant, ce choc n'est pas inévitable. Malgré leurs recherches sur le pays, deux étudiants avec expérience mentionnent qu'ils ont vécu un choc culturel au début et que l'environnement (pollution, qualité de l'air, salubrité, etc) pouvait être un problème.

Étudiant #7 : « *y'a un principe très important là-bas c'est que les physiothérapeutes hommes ne peuvent pas traiter (...) les patientes femmes. (...) il y a une obligation qu'il y ait une femme dans les alentours.*»

Dans le cadre de notre projet au Népal, nous avons pris le temps de lire sur ce pays la culture de celui-ci. La plupart des étudiants ont également mentionné l'importance de cette préparation. Finalement, les auteurs[24, 29, 30] qui traitent de ce sujet sont unanimes ; en apprendre sur le pays et la culture devrait faire partie de la préparation des étudiants. Il semble donc évident que ce type de préparation est nécessaire à la réussite d'un tel projet.

5. Valeurs et attentes personnelles

Les valeurs des étudiants qui participent à un projet de physiothérapie en pays en voie de développement sont importantes puisqu'elles risquent de se heurter à des valeurs divergentes. Selon Hunt[31], le fait d'avoir des valeurs différentes peut occasionner des conflits en pays étranger. Cependant, Pinto[24] a établi quatre valeurs qui peuvent guider l'étudiant dans sa conduite, soit l'humilité, la solidarité, l'introspection et la justice sociale. Il est intéressant de constater que tous les étudiants interviewés rapportent qu'une ou plusieurs autres valeurs pourraient leur permettre de gérer les situations problématiques. Parmi ces valeurs, on retrouve l'ouverture, le respect, la créativité et la capacité d'adaptation[31].

Étudiant #6: *«(...) ouverture sur le monde ou ouverture sur l'autre personne... d'être empathique aussi, d'être capable de te mettre à leur place (...)»*

Étudiant #5: *«(...) être capable de s'adapter rapidement aux changements, j' pense que c'est quelque chose qui est super important. »*

De plus, il serait probable que les étudiants en projet humanitaire de physiothérapie aient des attentes trop élevées ou irréalistes face à leur projet. Selon Hunt[31], cela peut occasionner des déceptions. Ce problème a également été rencontré par un étudiant avec expérience.

Étudiant # 8: *« (...) on s'attend à faire des miracles que ça soit super facile, mais y'a toujours des imprévus(...)»*

Bref, il est intéressant de constater qu'autant les étudiants et les auteurs croient que les valeurs peuvent être une source de problème mais peuvent également devenir la solution.

6. Ressources matérielles

La rareté des ressources matérielles n'est pas un aspect marquant de la revue de littérature en ce qui concerne la préparation ou la réalisation des projets étudiants en PVD. Cependant, la littérature rapporte l'importance capitale des aides techniques dans la participation des patients dans leur milieu et dans les projets de RBC. Les étudiants avec expérience ont d'ailleurs mentionné que le manque de ressources matérielles n'est pas un problème et qu'il est possible de se débrouiller avec le matériel disponible pour l'évaluation et le traitement d'un patient.

Étudiant # 8: *«C'est sûr qu'ils ont pas tout le matériel que nous on a aussi, mais... C'était assez bien, on pouvait se débrouiller. »*

En contre-partie, 50% des étudiants sans expérience mentionnent que cette rareté serait un obstacle et que cela pourrait avoir un impact sur leur pratique.

Étudiant #3: *« c'est sûr que tout ce qui est matériel, ce ne sera pas le même là-bas, c'est ce à quoi j'm'attends, il va falloir être très imaginatif. (...) on a pas les mêmes outils. (...) Il ne doit pas y avoir une bonne bibliothèque avec plein d'outils et de l'aide. »*

Dans le cadre de notre projet au Népal, le manque de matériel n'a pas été un problème majeur dans notre pratique. Toutefois, le matériel présent au centre n'était pas utilisé à son plein potentiel. Par exemple, les barres parallèles servaient de corde à linge. Nous avons, tous comme les étudiants avec expérience, utilisé notre créativité afin de créer du matériel tel que des coussins ou une marchette. Nous avons également utilisé le matériel présent à son plein potentiel comme des objets aux couleurs contrastantes et stimulantes pour évaluer la poursuite visuelle et les mouvements cervicaux.

7. Formation et connaissances académiques

Quatre des huit étudiants interviewés ont rapporté que les connaissances acquises à l'université allaient les aider ou les ont aidés dans la réalisation de leur projet.

Étudiant #3: *«j'dirais que oui on a une assez bonne formation ici pour nous aider à vraiment intervenir auprès du monde»*

Étudiant #4 : *« (...) j'pense que, oui c'est clair que les cours en physio ça va m'aider. Au niveau de l'approche du patient, en autant qu'on a eu des stages, qu'on a déjà approché un patient, qu'on a déjà pris en charge des patients, donc... C'est clair ça m'aide là. »*

Un autre étudiant avec expérience rapporte qu'il aurait pu réviser les autres matières académiques afin d'être prêt pour intervenir avec d'autres clientèles que celle attendue. En effet, cet étudiant était préparé à intervenir avec une clientèle amputé, mais une fois sur place on lui a confié une clientèle pédiatrique et neurologique.

Étudiant #6 : « *Si on parle de préparation physio, on aurait pu regarder les autres matières un peu plus au cas où quelque chose arrive. Être prêts au revirement de situation.* »

Par rapport à la formation académique, selon Pinto[24], c'est aux établissements universitaires de fournir l'information pertinente à la préparation en vue du départ de ces étudiants. Cependant, tous les étudiants avec expérience s'entendent pour dire que cette information ne devrait pas faire l'objet d'un cours mais bien d'une conférence ou d'une discussion avec des gens ayant de l'expérience dans ce genre de projet. Certains d'entre eux proposent la possibilité de consulter un guide de préparation pour les étudiants intéressés.

Étudiant #5 : « *On pourrait avoir peut-être des conférences de gens qui ont vécu ce genre d'expérience là. À savoir, c'est quoi les éléments à prendre en considération quand tu t'embarques là-dedans. Et d'être capable aussi de se fixer des échéanciers dans l'temps (...).* »

Étudiant #6 : « *Est-ce que ça devrait être inclus au bac, je crois pas. Parce que ça intéresse qu'une petite proportion de tous les étudiants. Est-ce qu'il devrait avoir plus de midi-conférences ou de rencontres pour discuter, j'crois que oui. (...) Pouvoir avoir l'encadrement de professeurs qui ont déjà vécu ce genre d'expérience là, et qui peuvent t'en parler, j'pense que ça devrait être beaucoup plus fait.* »

Ces étudiants avouent qu'avoir discuté avec un groupe ayant quitté pour la Bolivie l'année précédente a été bénéfique à leur préparation. Dans le cadre de notre préparation personnelle, nous avons également pris le temps de discuter avec des étudiants qui ont pris part à un projet humanitaire de physiothérapie au Ghana. Cette discussion permet aux étudiants sans expérience de poser des questions, de s'informer sur les préparatifs, de se bâtir un échéancier et d'avoir des attentes plus réalistes. Nous pensons donc qu'il serait intéressant d'offrir aux étudiants désireux de faire un projet d'aide humanitaire des conférences, des groupes de discussion ou un guide abordant la préparation et la réalisation d'un tel projet.

Recommandations

À la lumière des entrevues, de la revue de littérature des parties individuelles précédentes et de notre expérience, nous avons établi des recommandations qui pourraient guider la préparation et la réalisation d'un projet étudiant en physiothérapie dans un pays en voie de développement.

AVANT LE DÉPART:

1. S'informer sur le pays et la culture dans lequel se tiendra le projet:

Comprenant :

- L'importance de la religion dans la communauté aidée et son influence sur la santé/la réadaptation
- La culture, les habitudes de vie et les traditions propres à la communauté locale. Par exemple, pour certaines communautés, la présence d'enfants atteints d'un handicap est considérée comme un mauvais sort jeté sur la famille ou un mauvais karma
- L'utilisation d'une langue commune (exemple : anglais) et si ce n'est pas le cas, apprendre quelques mots de la langue locale
- La perception de la santé et du handicap dans la communauté locale. Il existe quelques moyens de respecter la culture locale tout en ayant des répercussions sur l'autonomie de l'utilisateur
 - o Fixer des objectifs de réadaptation en collaboration avec les proches de la personne atteinte d'un handicap ou avec celle-ci en expliquant qu'on ne peut régler la cause de la pathologie mais qu'on peut quand même améliorer l'autonomie de l'utilisateur
 - o Il est important de centrer son approche sur des objectifs concrets de réadaptation en évitant de confronter les croyances de l'utilisateur ou de ses proches
- L'importance de la famille : la participation d'un enfant dans son milieu est facilitée si la famille et l'environnement sont soutenant
 - o Étant donné la courte durée des projets de réadaptation en pays en voie de développement, il est possible de travailler en collaboration avec les agents communautaires en vue de les encourager à impliquer la famille dans tout le processus de réadaptation de l'utilisateur
 - o En partageant de l'information avec les personnes atteintes d'un handicap et leur famille, il est possible de leur donner les outils nécessaires à leur autonomie et à leur participation sociale

2. Comprendre le contexte du milieu de travail :

- Contacter directement le milieu si possible
 - o S'informer sur leurs besoins de réadaptation (organisation des services, évaluations, traitements, transfert de connaissances)
 - o Fonctionnement du centre (mission, organisation des services, caractéristiques de la communauté, milieu rural ou urbain)
 - o Connaître le type de clientèle
 - o Attentes face aux volontaires
- Connaître le rôle et la formation des intervenants locaux en vue d'une collaboration une fois sur place

PENDANT LE PROJET:

3. Mettre l'emphase sur la participation des patients dans leur milieu:

- Respecter l'importance de la réadaptation et de la médecine traditionnelle dans la culture locale
- Impliquer la famille dans la mise en place d'objectifs de réadaptation chez la clientèle de tous âges
- Utiliser toutes les aides techniques disponibles et en fabriquer à partir du matériel présent sur place
 - o Être créatif est une stratégie importante pour compenser la rareté du matériel thérapeutique présent localement. On peut fabriquer une chaise roulante à partir de roues de vélo et d'une chaise en plastique ou encore, du matériel de positionnement à partir de tissu, de rembourrage et de bois.
- Favoriser le transfert de connaissances aux intervenants et bénévoles locaux
 - o Il est important de connaître la formation qu'ont reçue les agents communautaires. S'ils se montrent ouverts, il est possible d'organiser du temps où ceux-ci partagent avec l'étudiant leurs connaissances et leur savoir-faire au niveau de l'évaluation et du traitement des personnes recevant des services de RBC. L'étudiant peut alors les questionner sur leurs priorités et objectifs de réadaptation. En plus d'être une « paire de bras » supplémentaire, les étudiants sont également un moyen puissant pour créer un lien de confiance avec les

intervenants locaux et offrir un partage de connaissances et aider l'organisation à atteindre ses objectifs d'offre de services.

4. Être à l'affût des différents facteurs pouvant causer des obstacles sur la pratique et prendre connaissance des différentes stratégies d'adaptation permettant de diminuer l'impact de ces obstacles :

- Principaux facteurs :
 - o Internes : les valeurs, la capacité d'adaptation, les motivations de l'étudiant et la perception de son propre rôle
 - o Externes : les barrières culturelles et langagières, la place de la médecine traditionnelle et les problèmes économiques
- Principales stratégies d'adaptation :
 - o Valeurs personnelles : faire preuve d'empathie, d'ouverture d'esprit et de capacité d'adaptation
 - o Stratégies de communication : utilisation d'un interprète, anglais simplifié, langue locale simplifiée et communication non-verbale
 - o Autres conseils: cours d'introduction à la langue et la culture, avoir une personne ressource au Québec et établir une relation de collaboration avec la communauté aidée.

5. Conférence/discussion :

- Favoriser la discussion entre les personnes ayant vécu une ou des expériences de projet de physiothérapie dans un PVD et les étudiants sans expérience
- Mettre en place des conférences ou des midi-conférences afin d'aborder les aspects d'une préparation efficace, les échéanciers à suivre et les éléments importants à la bonne réalisation de ce type de projet

6. Consulter les sites de l'ACP, de l'OMS et de la WCPT :

- Ils offrent de l'information pertinente sur le contexte du travail des professionnels de la santé en milieu humanitaire, sur les milieux de travail (RBC, institutions de réadaptation, centres hospitaliers, etc.) et sur le rôle des physiothérapeutes dans ce contexte
- Liens: www.physioihd.com
www.who.int/fr, mais surtout www.who.int/topics/disabilities/fr/
www.wcpt.org

Conclusion

Étant donné que la popularité des projets étudiants de physiothérapie dans les pays en voie de développement est grandissante, nous pensons que nos recommandations pourraient guider la préparation d'un bon nombre d'étudiants en plus des physiothérapeutes diplômés. En effet, notre population cible était constituée d'étudiants de 3^e année en physiothérapie, mais une partie du contenu de notre étude pourrait soutenir les physiothérapeutes puisqu'ils pourraient rencontrer les mêmes problèmes et utiliser les mêmes stratégies pour les surmonter.

En ce qui concerne les entrevues que nous avons réalisées, le nombre de participants (n=8) a été insuffisant pour la saturation théorique. Certains thèmes abordés dans la littérature ne l'ont pas été dans les entrevues tels que la religion, la famille, la perception du handicap et l'organisation des services. Un nombre plus élevé de participants et/ou davantage de questions posées en entrevue auraient pu permettre une couverture plus adéquate de tous les thèmes et ainsi mieux soutenir les recommandations émises. Toutefois, nous avons été capables de compléter l'information colligée en entrevues à partir de notre propre expérience personnelle, et ainsi, bien documenter les principaux aspects liés à la préparation d'étudiants en physiothérapie.

Finalement, comme les étudiants pourraient appuyer leur préparation sur la littérature et sur une expérience semblable vécue par d'autres étudiants, il est envisageable que cela résulte en une diminution du stress vécu par les futurs volontaires puisqu'ils pourraient mieux connaître les enjeux entourant la réalisation de leur projet. Ces derniers pourraient alors concentrer leurs énergies sur le projet de réadaptation, augmentant ainsi les impacts positifs sur la communauté aidée et leur satisfaction personnelle.

Références

19. WHO. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. 2010.
 20. WHO *World report on disability*. 2011.
 21. Alappat, C.G.S., Aaron Penfold, Brendan McGovern, Jennifer McFarland, Sudha Raman, and Michel D. Landry, *Role of Canadian Physical Therapists in Global Health Initiatives: SWOT Analysis*. Physiotherapy Canada. **59**(4): p. 14.
 22. Levi, A., *The ethics of nursing student international clinical experiences*. JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 2009. **38**(1): p. 94-9.
 23. Hunt, M.R., *Moral experience of Canadian healthcare professionals in humanitarian work*. Prehospital & Disaster Medicine, 2009. **24**(6): p. 518-24.
 24. Pinto, A.D. and R.E.G. Upshur, *Global health ethics for students*. Developing World Bioethics. **9**(1): p. 1-10.
 25. Schwartz, L., *Ethics in Humanitarian Aid Work: Learning for the Narratives of Humanitarian Health Workers*. AJOB Primary Research, 2010. **1**(3): p. 45-54.
 26. Pollard, N. and D. Sakellariou, *Operationalizing community participation in community-based rehabilitation: exploring the factors*. Disability & Rehabilitation. **30**(1): p. 62-70.
 27. Byford, J. and N. Veenstra *The importance of cultural factors in the planning of rehabilitation services in a remote area of Papua New Guinea*. Disability & Rehabilitation, 2004. **26**, 166-175.
 28. Sze-Mun Lee, T., G. Sullivan, and G. Lansbury, *Physiotherapists' communication strategies with clients from culturally diverse backgrounds* 2006: Advances in Physiotherapy. 8 (4) (pp 168-174), 2006. Date of Publication: Dec 2006.
 29. Provenzano, A.M., et al., *Short-term global health research projects by US medical students: ethical challenges for partnerships*. American Journal of Tropical Medicine & Hygiene, 2010. **83**(2): p. 211-4.
 30. Turmusani, M., A. Vreede, and S.L. Wirz, *Some ethical issues in community-based rehabilitation initiatives in developing countries*. Disability & Rehabilitation, 2002. **24**(10): p. 558-64.
 31. Hunt, M.R., *ETHICS BEYOND BORDERS: HOW HEALTH PROFESSIONALS EXPERIENCE ETHICS IN HUMANITARIAN ASSISTANCE AND DEVELOPMENT WORK*. Developing World Bioethics, 2008. **8**(2): p. 59-69.
-

Annexes

Annexe 1



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet

Physiothérapie en pays en voie de développement : comment s'y préparer

Étudiantes à la maîtrise professionnelle en physiothérapie :

Maude Barrette
Marie-Michèle Côté
Audrey Eve Jutras

Directrice de travail dirigé

Bonnie Swaine, pht, Ph.D

Co-directrice

Chantal Camden, pht Ph.D

Vous êtes invité à participer à une entrevue individuelle dans le cadre d'une étude portant sur la préparation des étudiants désirant s'investir dans des projets de réadaptation dans un pays en voie de développement. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre connaissance des renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots ou des informations que vous ne comprenez pas. Vous êtes invité à poser toute question que vous jugerez utile à l'intervieweuse et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Objet de l'étude

Notre étude vise à étudier les éléments importants à intégrer dans la préparation des étudiants québécois de 3^e année de physiothérapie en vue d'optimiser la préparation des étudiants en physiothérapie désirant participer à des projets de réadaptation dans ces pays.

Nature et durée de la participation

Nous prévoyons rencontrer les 4 étudiantes du projet Népal 2012 ainsi que les 4 étudiants du projet Cambodge 2011. Votre participation consiste en une entrevue individuelle qui se déroulera au pavillon 7077 avenue du Parc de l'Université de Montréal. La durée de cette entrevue sera de 30 minutes maximum selon ce que vous aurez à dire.

Si vous faites partie du projet Népal, nous vous poserons des questions sur la préparation de votre projet de réadaptation au Népal (ce qui a été fait jusqu'à maintenant, ce que vous prévoyez faire d'ici le départ), sur les problèmes (culturels, professionnels, personnels, etc.) que vous prévoyez rencontrer et sur les éléments (connaissances, compétences, valeurs) qui vous aideront à les surmonter. Des questions sur votre conception de la préparation idéale vous seront également posées.

Si vous faites partie du projet Cambodge, nous vous poserons des questions sur la préparation que vous avez effectuée avant votre départ ainsi que votre opinion sur celle-ci. Des questions porteront également sur les problèmes (culturels, professionnels, personnels, etc.) que vous avez rencontrés et sur les éléments (connaissances, compétences, valeurs) qui vous ont aidés à les surmonter.

Avantages de votre participation

Vous pourriez retirer des avantages personnels suite à votre participation à cette étude. Pour l'équipe qui quittera pour le Népal, vous pourriez en retirer une meilleure préparation. Toutefois, cela ne peut vous être garanti. De plus, vous contribuerez tous à un projet de recherche qui éclairera plusieurs étudiants qui, comme vous, désirent probablement être guidés dans leurs démarches préparatoires afin d'optimiser leur projet de réadaptation.

Inconvénients personnels

Votre participation ne vous expose à aucun risque. L'inconvénient principal que vous pourriez rencontrer est celui lié au temps de participation.

Confidentialité

L'entrevue est confidentielle et sera enregistrée de manière à permettre sa transcription et l'analyse par l'équipe de recherche. Toutes les données recueillies, y compris les enregistrements audio, seront conservées sous clé dans le bureau de la directrice de recherche au pavillon 7077 avenue du Parc pour une période de 5 ans suivant la fin du projet, après quoi, elles seront détruites. Le tout sera enregistré sur une clé USB encryptée. Les enregistrements ainsi que les verbatim seront accessibles seulement à la directrice, à la co-directrice ainsi qu'aux trois étudiantes impliquées au sein du travail dirigé.

En acceptant de participer à cette étude, vous acceptez que les informations recueillies soient utilisées pour fins de communication scientifique, professionnelle ou d'enseignement. Nous nous engageons cependant à ce que les participantes ne soient identifiables d'aucune manière dans les présentations publiques des résultats de recherche (articles, conférences, etc.).

Questions concernant cette étude

Si vous avez des questions sur le projet de recherche, n'hésitez pas à les poser à l'intervieweuse dès maintenant. Si d'autres questions vous viennent au cours de la rencontre, vous pourrez également les poser.

Personne-ressource :

Bonnie Swaine, pht Ph.D
Bureau 402-6 du pavillon 7077 avenue du Parc
Téléphone : 514-343-6111 poste 7361

Étudiantes à la maîtrise professionnelle:
maude.barrette@umontreal.ca
marie-michele.cote@umontreal.ca
audrey.eve.jutras@umontreal.ca
Téléphone: 514-343-6111 poste 7361 (Bonnie Swaine)

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel : ceres@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Participation

Vous êtes entièrement libre de participer ou non à l'étude. Vous demeurez également libre d'interrompre l'entrevue en tout temps ou de ne pas répondre à une question qui ne vous conviendrait pas.

Clause de responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les étudiantes à la maîtrise ou les directrices de travail dirigé de leurs obligations légales et professionnelles.

Consentement du participant

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation ainsi que les avantages et les inconvénients tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

On me remettra une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom de la participante ou du
participant

Signature

Engagement de l'étudiante à la maîtrise

Je certifie

- a. avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- b. avoir répondu aux questions qu'il ou elle m'a posées à cet égard;
- c. lui avoir clairement indiqué qu'il ou elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- d. que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Nom du chercheur ou de son
représentant

Signature

Fait à _____

le _____, 20____

Annexe 2

Bonjour,

Nous sommes trois étudiantes à la maîtrise professionnelle en physiothérapie à l'Université de Montréal. Dans le cadre de notre travail dirigé, nous sommes allées au Népal en mai dernier afin de participer à un projet humanitaire de physiothérapie.

Suite à notre retour, nous nous sommes intéressées à la préparation des étudiants ainsi qu'aux problèmes et solutions qui peuvent être rencontrés dans un tel projet. Nous avons donc basé notre travail dirigé sur ce sujet.

Afin d'approfondir notre projet, nous aimerions connaître votre expérience. Pour ce faire, nous voudrions procéder à une seule entrevue individuelle semi-structurée d'une durée maximale d'une demi-heure. L'une d'entre nous agira à titre d'intervieweuse. Les entrevues auront lieu dans un local du pavillon Parc, selon votre horaire.

Si vous acceptez de participer, nous vous enverrons les plages horaires disponibles.

Une collation ainsi qu'un café ou thé vous sera offert pendant l'entrevue.

Confirmez votre intérêt ainsi que votre participation à l'adresse courriel suivante : marie-michele.cote@umontreal.ca

Si vous avez des questions ou que vous voulez plus de détails, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Merci beaucoup.

Bonnie Swaine, pht Ph.D
Directrice de projet

Maude Barrette
Marie-Michèle Côté
Audrey Eve Jutras
Étudiantes à la maîtrise professionnelle

PLAN DE L'ENTREVUE

Entrevue individuelle semi-structurée

Échantillon : 4 étudiantes en 3^{ème} année en physiothérapie à l'Université de Montréal qui partiront pour un projet humanitaire de physiothérapie au Népal à l'été 2012 ainsi que 4 étudiants à la maîtrise en physiothérapie à l'Université de Montréal qui ont participé à un projet humanitaire de physiothérapie au Cambodge en mai 2011.

Type d'entrevue : L'entrevue sera de type semi-structurée. Des questions sont prévues mais l'intervieweur est libre d'ajouter quelques questions afin de préciser des réponses ou de guider l'entrevue.

Objectif : Déterminer le processus préparatoire des étudiants qui désirent faire un projet de physiothérapie en pays en voie de développement. Identifier les problèmes possiblement rencontrés ainsi que les stratégies d'adaptation permettant de contrer ces problèmes.

Durée : maximum 30 minutes

Questionnaire d'entrevue :

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'être présent et de nous aider à réaliser notre projet. Je fais partie des trois étudiantes qui ont participé à un projet humanitaire de physiothérapie au Népal en mai 2011. Dans le cadre de notre projet de maîtrise, nous nous intéressons à la préparation ainsi qu'aux problèmes et solutions de la pratique de la physiothérapie en pays en voie de développement. Nous allons donc vous poser quelques questions sur votre propre expérience. Sentez-vous bien à l'aise de répondre ce qui vous vient en tête. Il n'y a pas de mauvaise réponse. Avez-vous des questions avant de commencer?

Questionnaire pour les étudiantes de 3^{ème} année

1. Décrivez-nous, jusqu'à maintenant, votre préparation en vue du projet humanitaire au Népal.
 - a) Qu'est-ce qui n'a pas encore été fait et que vous prévoyez faire d'ici votre départ?
 - b) Si vous aviez le temps, qu'ajouteriez-vous à votre préparation?
2. Quels sont les principaux obstacles que vous pensez rencontrer et qui pourraient avoir un impact sur votre pratique de la physiothérapie au Népal?

Les a, b, c, d seront des aspects que nous préciserons afin de diriger l'entrevue si cela est nécessaire.

- a) Par rapport au **contexte** des pays en voie de développement?
- b) Par rapport à la **RBC** (CBR)?
- c) Par rapport au contexte **culturel**? (langue, religion, habitudes de vie)
- d) Par rapport aux **outils** et instruments que vous allez utiliser pour la réadaptation?

3. Selon vous, quels sont les éléments qui vous aideront à gérer ces problèmes?

Les a, b, c seront des aspects que nous préciserons afin de diriger l'entrevue si cela est nécessaire.

- a) Par rapport à vos **valeurs**?
- b) Par rapport aux **connaissances** liées à votre expérience de vie et acquises à l'école?
- c) Par rapport à vos **compétences**?
 - i. Les 6 connaissances transversales?? (Collaboration, communicateur, érudition, gestion, professionnel, expert)

Questionnaire pour les étudiants à la maîtrise professionnelle

1. Décrivez-nous la préparation que vous avez effectuée en vue du projet humanitaire au Cambodge de mai dernier.
2. Maintenant que vous êtes revenus, que pensez-vous de la préparation que vous avez faite?
3. Qu'auriez-vous fait de différent?
4. Souhaitez-vous voir des éléments spécifiques inclus dans la formation académique afin de mieux préparer les futurs étudiants à ce type d'expérience?
5. Quels sont les principaux obstacles que vous avez rencontrés et qui ont eu un impact sur votre pratique de la physiothérapie au Cambodge?

Les a, b, c seront des aspects que nous préciserons afin de diriger l'entrevue si cela est nécessaire.

- a) Par rapport au **contexte** des pays en voie de développement?
 - b) Par rapport au contexte **culturel**? (langue, religion, habitudes de vie)
 - c) Par rapport aux **outils** et instruments que vous allez utiliser pour la réadaptation?
6. Selon vous, quels sont les éléments qui vous ont aidé à gérer ces problèmes?

Les a, b, c seront des aspects que nous préciserons afin de diriger l'entrevue si cela est nécessaire.

- a) Par rapport à vos **valeurs**?
- b) Par rapport aux **connaissances** liées à votre expérience de vie et acquises à l'école?
- c) Par rapport à vos **compétences**?