

**MINISTERE DE LA SANTE**

**REGION LORRAINE**

**INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY**

**LA KINESITHERAPIE HUMANITAIRE  
ETAT DES LIEUX, RETOUR D'EXPERIENCE ET  
PROPOSITION D'OUTILS INFORMATIFS ET  
PEDAGOGIQUES**

Mémoire présenté par **Cécile PRUNIER**

Etudiante en 3<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-  
Kinésithérapeute

2011 - 2012

# SOMMAIRE

---

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	page 1
1.1. Contexte de l'étude .....	page 1
1.2. Matériel et méthode .....	page 1
<b>2. KINESITHERAPIE HUMANITAIRE : ETAT DES LIEUX</b> .....	page 2
2.1. Définition de l'humanitaire .....	page 3
2.2. Etude de la kinésithérapie humanitaire .....	page 3
2.2.1. Intérêt de l'étude .....	page 3
2.2.2. Pour quelles raisons la kinésithérapie humanitaire existe-t-elle ? ...	page 3
2.2.2.1. <i>Les causes du développement de la kinésithérapie en Occident</i> .....	page 4
2.2.2.2. <i>Le développement de l'humanitaire médical</i> .....	page 4
2.2.2.3. <i>Les causes du développement de la kinésithérapie humanitaire</i> .....	page 4
2.2.3. Par quels moyens la kinésithérapie humanitaire existe-t-elle ? .....	page 6
2.2.3.1. <i>Les structures d'actions : les ONG</i> .....	page 7
2.2.3.2. <i>Les acteurs de la kinésithérapie humanitaire : les masseurs-kinésithérapeutes</i> .....	page 8
2.2.4. Les caractéristiques de la kinésithérapie humanitaire .....	page 9
2.2.4.1. <i>Une pratique en lien avec la kinésithérapie «traditionnelle»</i> ...	page 9
2.2.4.2. <i>Une pratique qui diversifie celle de la kinésithérapie « traditionnelle »</i> .....	page 10

2.2.4.3. <i>La pratique de la kinésithérapie humanitaire possède des impacts concrets sur ses acteurs</i> .....	page 13
2.2.5. <i>La kinésithérapie humanitaire : une profession d'avenir ?</i> .....	page 14
<b>3. RETOUR D'EXPERIENCE : DESCRIPTION, ANALYSE ET CRITIQUE</b> .....	page 15
3.1. <i>Démarches relatives au départ</i> .....	page 15
3.1.1. <i>Présentation de l'association</i> .....	page 15
3.1.2. <i>Préparatifs relatifs à la kinésithérapie</i> .....	page 16
3.2. <i>Présentation du terrain</i> .....	page 16
3.2.1. <i>Situation du terrain</i> .....	page 16
3.2.2. <i>Etat des lieux de la kinésithérapie</i> .....	page 16
3.2.3. <i>Présentation de l'établissement de réadaptation fonctionnelle</i> .....	page 17
3.2.3.1. <i>Locaux</i> .....	page 17
3.2.3.2. <i>Pathologies prises en charge</i> .....	page 18
3.2.3.3. <i>Organisation des séances de kinésithérapie</i> .....	page 18
3.3. <i>Actions d'aide en kinésithérapie</i> .....	page 20
3.3.1. <i>Analyse et critique des actions</i> .....	page 20
3.3.2. <i>Enrichissement professionnel du séjour</i> .....	page 20
3.3.3. <i>Conclusion et bilan de séjour</i> .....	page 21
<b>4. PROPOSITION D'OUTILS INFORMATIFS ET PEDAGOGIQUES</b> .....	page 21
4.1. <i>Intérêt de la transmission des informations au milieu étudiant</i> .....	page 21
4.2. <i>Rédaction d'un article</i> .....	page 22
4.3. <i>Réalisation d'un dépliant</i> .....	page 24
4.4. <i>Proposition de la mise en place d'une vidéoconférence</i> .....	page 27

<b>5. DISCUSSION</b> .....	page 28
<b>6. CONCLUSION</b> .....	page 30

## RESUME

---

La kinésithérapie humanitaire est apparue dans la suite logique de développement de la kinésithérapie et de l'humanitaire médical. Cette pratique, principalement présente via les Organisations Non Gouvernementales, diversifie et enrichit la profession de masseur-kinésithérapeute, tout en ayant un impact concret sur les professionnels qui partent en missions. Nous avons eu l'occasion de partir au Bénin en juillet 2011 pour apporter une aide matérielle et humaine au centre de rééducation pédiatrique Bethesda. A notre retour, nous avons entrepris une analyse et une critique de nos actions. Suite à la constatation du manque d'informations sur la kinésithérapie humanitaire au sein du milieu étudiant, nous avons souhaité élaborer des outils pédagogiques et informatifs sur le sujet : rédaction d'un article pour le journal « BDK » de la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie, création d'un dépliant et aide à la mise en place d'une vidéoconférence entre l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy et Handicap International.

**MOTS CLEFS** : *humanitaire, humanitarian, développement, development, réhabilitation, rehabilitation, handicap, disability, kinésithérapie*

## **1. INTRODUCTION.**

### **1.1.Contexte de l'étude.**

Selon le rapport mondial sur le handicap de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) réalisé en 2011 (1), « plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap (...) soit 15% de la population mondiale ». Ce constat met en évidence l'accroissement continu, à l'échelle planétaire, du nombre d'individus qui se retrouvent en situation de désavantage. Si en France l'accès aux soins médicaux et paramédicaux est assuré, ce n'est pas le cas dans bon nombre d'autres pays. Le droit à la santé est international (2) et son accessibilité est devenue une priorité pour un grand nombre d'organismes. Si ce monde est fréquemment sujet de reportages ou d'écrits, la branche de la kinésithérapie humanitaire n'est que rarement abordée de façon exclusive. Nous avons eu l'opportunité d'une première approche par une expérience pratique en juillet 2011, au Bénin. Nous avons donc souhaité, pour approfondir nos connaissances, les synthétiser et les transmettre, réaliser un travail écrit sur le sujet de la kinésithérapie humanitaire qui, aujourd'hui, fait partie intégrante des actions d'aide internationale.

### **1.2.Méthodologie. (ANNEXE I Figure 1)**

**Rédaction de la partie I :** compte tenu du sujet choisi, qui aborde parfois des domaines non scientifiques, les démarches sur les sites Cochrane, Pubmed et Pedro nous ont semblées inadaptées. Nous y avons tout de même fait certaines recherches mais les résultats

n'étaient pas exploitables, car trop ciblés sur des évènements précis. Nous nous sommes alors tournés vers les sites internet de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), du Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (M.A.E.E.) et ceux des grandes O.N.G. présentes en France. Parallèlement nous avons fait des recherches via Google Scholar pour trouver des ouvrages au sujet de la kinésithérapie humanitaire, pour ensuite nous rendre en bibliothèque ou en librairie afin de les acquérir. La littérature « grise » nous a aussi offert de nombreuses informations. Puis nous sommes entrés en contact avec des professionnels afin d'établir des échanges par courriels ou des rencontres afin de compléter les informations trouvées.

**Rédaction de la partie II :** nous nous sommes basés sur le séjour au Bénin et sur l'exploitation des données récoltées pour la partie I.

**Rédaction de la partie III :** pour l'écriture de l'article et du dépliant, nous nous sommes référés aux informations collectées lors de l'élaboration des parties I et II.

## **2. KINESITHERAPIE HUMANITAIRE : ETAT DES LIEUX.**

*Nous nous sommes concentrés sur le cas des structures présentes en France et sur leurs actions à l'étranger, non pas par chauvinisme mais par action d'échantillonnage dont l'analyse nous était la plus facile d'accès. Par la suite, nous avons principalement développé le cas des actions humanitaires au sein des organisations non gouvernementales (O.N.G.), car ce sont celles qui, avec les actions humanitaires d'Etat, sur le plan de la sécurité, de l'organisation et de la législation, restent dans l'ensemble les plus fiables et les plus solides. Ce sont aussi celles qui offrent le plus de possibilités d'actions dans le domaine de la*

*kinésithérapie. Cela n'exclut pas la qualité et le sérieux des autres structures présentes dans le milieu de l'humanitaire, mais qui, pour être étudiées dans ce mémoire, auraient nécessité un travail de plus grande ampleur.*

## **2.1. Définition de l'humanitaire.**

Selon le Centre de Recherches et d'Informations pour le Développement, l'humanitaire est une action qui «  *vise à sauver des vies, à alléger les souffrances et à maintenir la dignité humaine pendant et après des catastrophes naturelles ou des situations d'urgence complexes, dont les conflits armés. Elle vise à prévenir ces situations et à renforcer les mesures de planification afin de mieux s'y préparer* ».

## **2.2. Etude de la kinésithérapie humanitaire.**

### **2.2.1. Intérêt de l'étude.**

Il s'agit de mettre en évidence l'importance de la kinésithérapie humanitaire, ainsi que l'impact et l'enrichissement qu'elle possède sur la pratique de la kinésithérapie dite « traditionnelle » et sur les kinésithérapeutes.

### **2.2.2. Pour quelles raisons la kinésithérapie humanitaire existe-t-elle ?**

Le développement de la kinésithérapie humanitaire s'est d'abord basé sur celui de ses deux composantes : la kinésithérapie et l'humanitaire (3) (4). (ANNEXE II Figure 1).



### *2.2.2.1. Les causes du développement de la kinésithérapie en Occident.*

Le développement de la kinésithérapie en Occident répond à une problématique : initialement, à une époque où le développement de la médecine s'axait sur la classification des maladies, il était prioritaire de cibler les traitements à court terme (4). Mais par la suite, il est devenu nécessaire de penser à la réintégration du patient dans son environnement, une fois la pathologie définie et le traitement médical mis en place. La notion de handicap est reconnue, et les corps médicaux et paramédicaux souhaitent apporter des solutions. La kinésithérapie se développe alors dans cet axe de pensée.

### *2.2.2.2. Le développement de l'humanitaire médical.*

(ANNEXE II Figure 1) (3) (5)

### *2.2.2.3. Les causes du développement de la kinésithérapie humanitaire.*

Nous pouvons distinguer deux problématiques initiales : d'une part la présence du handicap à l'échelle mondiale, d'autre part l'hétérogénéité du développement de la kinésithérapie dans le monde.

➔ **Présence du handicap à l'échelle mondiale** : selon la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (O.M.S.) (6), « le handicap résulte de l'interaction entre les caractéristiques de santé personnelles de l'individu et les facteurs environnementaux ».

**Tableau I : analyse du handicap (2) (7) (8)**

<b>Éléments révélateurs du handicap</b>	Facteurs environnementaux (conflits, catastrophes naturelles) Facteurs culturels (alimentation, toxicomanies etc.)
<b>Prévalence du handicap</b>	Plus forte dans les pays à faibles revenus, et dans les populations pédiatriques, féminines et âgées
<b>Barrières contribuant au handicap</b>	Attitudes négatives (croyances, préjugés) Problèmes dans les prestations de services Financements insuffisants Manque d'accessibilité Absence de consultation et de participation des personnes handicapées
<b>Conséquences du handicap</b>	Moins bon résultats de santé Niveau d'études plus faible Moindre participation économique Accentuation de la pauvreté Dépendance accrue et participation restreinte
<b>Buts de la prise en charge du handicap</b>	Résoudre les obstacles aux soins de santé, à la réadaptation, aux services d'aides et d'assistance, à l'éducation, à l'emploi Créer des environnements plus favorables

La prise en charge du handicap est donc pluridisciplinaire et les actions de réhabilitation humanitaire favorisent l'accès à la rééducation et à la réadaptation, la sensibilisation au handicap et la création d'environnements plus favorables.

→ **Hétérogénéité du développement de la kinésithérapie dans le monde** : dans le cas d'une approche mondiale de la profession, il est plus adapté de parler de physiothérapie. En comparant l'apparition et l'évolution de la médecine et de la physiothérapie (ANNEXE II **Figure 1**), nous remarquons que cette dernière (3) (4), par son caractère essentiel mais non vital, s'est développée en second temps par rapport à la médecine, aussi bien dans la pratique

« traditionnelle » que dans la pratique humanitaire. Elle a peu à peu pris de l'ampleur et a trouvé une place qui lui est propre, abandonnant son ancienne identité de « parent pauvre de la médecine » (4).

Cependant la profession de physiothérapeute reste inégalement connue et développée à l'échelle internationale. De façon générale, malgré les différences de titres et de compétences, le métier de physiothérapeute est présent et développé dans les pays dits « riches », du « Nord ». Mais dans le cas des pays en développement, la plupart ne disposent soit pas de services de physiothérapie (et parfois n'en connaissent pas l'existence) (7), soit de services en situation de sous-effectif (par rapport à la proportion territoriale à laquelle celui-ci est affecté).

→ **Proposition de solutions** : les caractéristiques des pays développés et de leurs populations peuvent permettre aux structures humanitaires d'avoir recours à des ressources humaines et financières plus ou moins larges, dans le but d'apporter une aide aux terrains où ces dernières sont limitées, et où le handicap est tout autant présent, voir plus. Sur cette constatation, nous pouvons donc comprendre l'intérêt et la possibilité du développement de la solidarité internationale (3) (5) (9) (10) (11), et dans ce cas, dans le domaine de la kinésithérapie.

### **2.2.3. Par quels moyens la kinésithérapie humanitaire existe-t-elle ?**

Dans le cas de notre étude de la kinésithérapie au sein des O.N.G., nous pouvons distinguer d'une part les *structures d'actions*, et d'autre part *les acteurs*.

### 2.2.3.1. Les structures d'actions : les O.N.G.

La kinésithérapie humanitaire est concrètement présente mais n'est développée que dans très peu d'O.N.G. (11) (12) (13) (14) : les principales sont Handicap International (15), Kinés Du Monde (16) et Médecins Sans Frontières (17) (nous pouvons aussi citer la Croix Rouge (18), mais il ne s'agit pas à proprement parler d'une O.N.G.).

#### → Principes fondamentaux, nature et caractéristiques des O.N.G. humanitaires :

##### (ANNEXE III)

*Principes* : Humanité, Impartialité, Neutralité et Universalité. (3) (9) (12) (14)

*Nature* : les O.N.G. se caractérisent principalement par leur composition citoyenne, leur apolitisme, leurs buts non lucratifs et leurs actions transnationales. (5) (12). (**Figures 1 et 2**)

*Terrains d'interventions* : les actions sont réparties sur les cinq continents (3) (5) (12) (13) (19), dans les pays développés et dans ceux en voie de développement. (9) L'humanitaire n'est pas une notion applicable uniquement au Sud. (6). (**Figure 3**)

*Financements* : ils sont de deux types : publics et privés. (9) (**Figure 4**)

#### → Les différents types de statuts, de postes et leurs caractéristiques :

Il existe deux types de statuts dans les O.N.G. : le volontariat et le salariat (19) (20). Selon la durée d'investissement, plusieurs postes sont accessibles (19). Il existe différents

types de contrats possibles : les C.D.D. de courte durée (2 à 6 mois), les C.D.D. de longue durée (1 à 2 ans) et les C.D.I. (postes au siège). (ANNEXE IV Figures 3 et 4)

### *2.2.3.2. Les acteurs de la kinésithérapie humanitaire : les masseurs-kinésithérapeutes (M.K.).*

Les acteurs principaux, au-delà des responsables de la gestion des ONG, sont les kinésithérapeutes. Le milieu de l'humanitaire subissant une importante professionnalisation de ses actions (5) (9) (12) (14), ces derniers doivent répondre à des critères de sélection établis (15) (17) :

**L'expérience professionnelle** : 2 ans de pratique clinique sont le minimum requis. L'expertise dans les domaines pédiatriques, respiratoires et traumatologiques est fortement appréciée. Les formations de cadre et les masters peuvent faire la différence lors de la sélection. Une première expérience en solidarité internationale est aussi recherchée.

**Le profil psychologique** : ce type d'expérience demande de faire preuve d'équilibre, de maturité, d'adaptation, de réflexion, de motivation, de self control, de travail en équipe, de recul sur soi, de solidité mentale, de respect et d'humilité. Présenter de bonnes raisons de départ est essentiel, ainsi qu'un projet de retour.

**L'expérience du voyage** : avoir déjà été confronté à la notion de choc culturel, et donc y être préparé et ouvert. L'expérience du travail à l'étranger, peu importe le travail, est appréciée.

**La maîtrise des langues étrangères** : notamment l'anglais et l'espagnol.

## 2.2.4. Caractéristiques et intérêts de la kinésithérapie humanitaire.

### 2.2.4.1. Une pratique en lien avec la kinésithérapie « traditionnelle ».

Tableau II : liens entre la pratique « traditionnelle » et la pratique humanitaire (22)

La situation et les compétences de la kinésithérapie occidentale	Possèdent un impact sur	Les compétences demandées aux kinésithérapeutes engagés dans les O.N.G.
L'importance du rôle des kinésithérapeutes augmente Risque de papy boomers Vision pessimiste de l'attractivité de la profession	<i>Impact positif</i> <i>Impact négatif</i> <i>Impact négatif</i>	→ Développement de la kinésithérapie dans les O.N.G. => recherche de professionnels prêts à s'engager
Reconnaissance des qualités humaines	<i>Impact positif</i>	→ Nécessité de qualités humaines
Risque d'« émiettement » des compétences Demande d'accès à la kinésithérapie en première intention Universitarisation des études	<i>Impact négatif</i> <i>Impact positif</i> <i>Impact positif</i>	→ Nécessité de polyvalence : avoir plus de connaissances médicales car parfois les diagnostics doivent être faits par le M.K. car il n'y a pas toujours un médecin sur place
Volonté d'un travail plus coordonné avec autres professionnels médicaux	<i>Impact positif</i>	→ Travail en réseau avec les corps médicaux locaux et ceux des autres O.N.G.
Développement des domaines de prévention, d'information, de gestion des pathologies dont la prévalence augmente Accès à la formation continue après le diplôme	<i>Impact positif</i>	→ Adaptation de l'exercice professionnel aux terrains soumis à l'évolution des paramètres de santé (vieillesse, pauvreté, éducation etc.) à cause des fluctuations humaines et économiques mondiales
Demande d'universitarisation des études et d'accès au niveau master	<i>Impact positif</i>	→ Utilité des formations « master » pour le recrutement et un meilleur exercice de la pratique humanitaire
Cursus scolaire/Etudes hétérogènes dans le monde	<i>Impact négatif</i>	→ Travail avec des professionnels d'origines internationales
Pratique diversifiée (milieux et pathologies)	<i>Impact positif</i>	→ Intérêt des connaissances généralisées sur la kinésithérapie
Formation continue diversifiée	<i>Impact positif</i>	→ Utilité de l'expertise professionnelle

2.2.4.2. Une pratique qui diversifie celle de la kinésithérapie « traditionnelle ».

→ Les types d'interventions propres à la kinésithérapie humanitaire (19) (21) (23) :

Tableau III : des démarches d'actions propres à la kinésithérapie humanitaire

Interventions	D'urgence	De développement
<b>Contexte</b>	Situations de crises, de conflits ou de guerres, de catastrophes naturelles	Situations post-crisis, de crises chroniques ou post-catastrophes naturelles
<b>Inclusion dans le temps</b>	Court terme	Pérénnité au long terme
<b>Caractéristiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de temps et de moyens : approche rapide et holistique</li> <li>• Acteurs polyvalents dans le domaine de la santé</li> <li>• Nécessité d'efficacité immédiate</li> <li>• Aide de masse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche kiné plus spécifique</li> <li>• + Actions hors du domaine de la kiné</li> <li>• Travail avec les structures et les acteurs locaux ++</li> </ul>
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinésithérapie : une séance par patient + conseils à la famille</li> <li>• Distribution d'aides techniques</li> <li>• Ergothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation des communautés et des soignants au handicap</li> <li>• Formations d'agents communautaires et de kinésithérapeutes</li> <li>• Prévention</li> <li>• Développement des droits des personnes handicapées</li> </ul>

## → Les spécificités des interventions de kinésithérapie humanitaire

**Vocabulaire :** dans le milieu de l'humanitaire, le terme employé pour décrire l'ensemble des actions de rééducation et de réadaptation est « réhabilitation », signifiant «un ensemble de mesures qui aide les personnes qui subissent ou sont susceptibles de connaître un handicap pour atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement » (1).

**Buts de la réhabilitation humanitaire :** il s'agit d'intervenir à la fois sur l'individu et sur l'environnement. Ces paramètres sont tous deux affectés lors de situations de crise (ANNEXE IV Figure 1) et de post-crise, avec pour conséquence une augmentation du nombre de personnes en situation de handicap. (23)

**Types d'approches et de pratiques :** la réhabilitation humanitaire officie par une approche globale ou spécifique selon l'intervention. Elle regroupe la pratique thérapeutique pure, la prévention, les actions économiques et sociales, l'adaptation des services, la formation de personnel, la gestion d'équipes, de projets et de budgets (19).

### **Organisations des missions : ANNEXE IV Figure 5**

#### **Nécessité d'adaptation :**

- Au contexte culturel

Le schéma habituel d'approche et de contact occidental doit souvent être revu et adapté aux situations rencontrées lors des interventions. Les buts de la rééducation ne sont pas toujours identiques à ceux de la pratique européenne ; ils doivent être adaptés et intégrés aux priorités locales, dépendantes des coutumes et des ressources matérielles et financières du



terrain. (19) (24). Pour exemple, « en Inde, doit-on apprendre à un enfant IMC en flexion à s'asseoir en tailleur, alors que cette position raccourcit ses muscles, ou ne doit-il jamais le faire, mais alors il ne pourra pas partager le repas dans la même position que sa famille, ce qui est difficile socialement... » (24).

- Aux ressources présentes

Le matériel disponible, l'organisation des soins et les ressources humaines ne sont pas les mêmes que ceux que nous connaissons en France. Avant d'intervenir et de développer la kinésithérapie, il est nécessaire que les structures et le personnel locaux soient déjà développés. Il s'agit de mobiliser les ressources au niveau communautaire (mairie, école, dispensaire) pour garantir la meilleure sensibilisation et sollicitation possible, afin d'intégrer au mieux la prise en charge et la participation des personnes handicapées. C'est sur ce principe que se base la réadaptation à base communautaire (19) (25), exemple de pratiques et d'approches dépendantes des spécificités des terrains.

Aussi, la notion de kinésithérapie est parfois inexistante sur les terrains d'interventions. Dans un contexte où la santé, pour les individus bénéficiaires des actions humanitaires, a parfois un sens moins vaste que celui que l'O.M.S. lui donne (« *état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités* »), la sensibilisation à l'impact environnemental et au développement de la kinésithérapie, pourtant essentiels, sont parfois longs à instaurer. Il faut généralement une dizaine d'années pour établir une reconnaissance de la profession (19).

**Conclusion :** *la spécificité de la kinésithérapie humanitaire est l'adaptation et la transposition de nos connaissances et de nos compétences aux besoins et aux attentes rencontrés sur les terrains, via la participation ouverte, sans imposer ou faire preuve d'ingérence.*

2.2.4.3. *La pratique de la kinésithérapie humanitaire possède des impacts concrets sur ses acteurs.*

➔ **Impact direct lors des missions :**

**Tableau IV :** *les différents types d'impacts directs et leurs causes (19)*

<b>Communication dans une autre langue</b>	Difficultés de compréhension et de traduction
<b>Nouveaux repères</b>	Géographiques, culturels, alimentaires, sanitaires
<b>Nouveau rythme de travail et de vie</b>	Horaires fluctuants selon les pays Plages de travail importantes
<b>Changement des habitudes de travail</b>	Nouvelles connaissances, nouveaux concepts, nouvelles approches
<b>Possibles restrictions de libertés</b>	Règles de sécurité parfois lourdes selon le terrain

➔ **Impact consécutif au retour d'expérience :**

Exercer dans le milieu de l'humanitaire est « une expérience à vivre, mais un choix de vie à réfléchir » (13). Cette pratique apporte des avantages et des désavantages, à la fois personnels (ANNEXE IV Figure 2) et professionnels (13) (19) (24) (26).

*Tableau V : avantages et désavantages professionnels de la kinésithérapie humanitaire*

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversification de la pratique</li> <li>• Savoir s'adapter</li> <li>• Constatation des différences dans l'approche du métier selon les cultures</li> <li>• Savoir réagir dans les situations d'urgence</li> <li>• Diversification des connaissances médicales et paramédicales</li> <li>• Autonomie renforcée</li> <li>• Développement de capacités qui dépassent les champs d'actions initiaux de la kinésithérapie</li> <li>• Savoir faire preuve de diplomatie</li> <li>• Savoir être inventif</li> <li>• Etre capable de travailler avec peu de matériel</li> <li>• Savoir se détacher de l'apport financier</li> <li>• Apprendre à ne pas toujours être perfectionniste ou conservateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficile de reprendre une pratique « traditionnelle » de la kinésithérapie</li> <li>• Chômage non perçu au retour des missions</li> <li>• Faible rémunération des missions</li> <li>• Organisation de carrière parfois difficile</li> <li>• Désavantages du choc culturel : désadaptation au retour</li> <li>• Difficile de transposer certaines connaissances acquises à la pratique « traditionnelle »</li> </ul>

### **2.2.5. La kinésithérapie humanitaire : une profession d'avenir ?**

L'humanitaire en général est soumis à un paradoxe d'opinion (5) (9) (27) : l'engouement occidental se maintient mais l'opinion des bénéficiaires se divise : certains accusent les humanitaires d'une volonté de suprématie, d'arrogance, d'iniquité et d'actions non dénuées d'arrières pensées, caractéristiques représentant un universalisme occidental sans complexes de plus en plus mal perçu (5).

L'impact de la médiatisation des actions humanitaires, corrélé à ce déclin d'opinion, favorise aussi l'insécurité sur le terrain ; de plus en plus d'enlèvements et de meurtres ont lieu parmi les humanitaires, véritables moyens de pression pour ceux qui en sont à l'origine (5) (14).

L'humanitaire est donc confronté à la nécessité de devoir évoluer pour s'adapter aux nouvelles modalités mondiale (28). Etant face à un manque et une demande considérable, la kinésithérapie humanitaire devra se développer, en multipliant les interventions de formation de kinésithérapeutes, afin d'aider au développement de la profession dans le monde.

### **3. RETOUR D'EXPERIENCE : DESCRIPTION, ANALYSE ET CRITIQUE.**

#### **3.1. Démarches relatives au départ.**

##### **3.1.1. Présentation de l'association.**

Ce séjour s'est réalisé par le biais de l'association Amid'gens, implantée à la Faculté de Médecine de Nancy, dont le partenariat a lieu avec la mairie de Lokossa, au Bénin. L'inclusion des élèves kinésithérapeutes au sein de l'association s'est faite en 2009 (29). Au cours de l'année, diverses actions sont réalisées dans le but de collecter des fonds et des biens et paramédicaux médicaux (dons des hôpitaux et centres privés, organisation d'événements). Les biens sont ensuite répartis entre la mairie de Lokossa dans le but de construire des dispensaires et des salles de classe, l'hôpital de ville, le centre de rééducation pédiatrique Bethesda et l'orphelinat de La Providence.

### **3.1.2. Préparatifs relatifs à la kinésithérapie.**

Le fait d'être en fin de deuxième année d'étude a été un atout majeur car nous avons pu acquérir de nombreuses notions théoriques et pratiques. Ce séjour s'est donc présenté comme un stage dont la composante humanitaire a offert des caractéristiques différentes de ceux déjà réalisés.

## **3.2. Présentation du terrain.**

### **3.2.1. Situation du terrain.**

Nos interventions se sont déroulées au centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique « Bethesda », à Lokossa, dans le département du Mono, au Bénin. (30).

### **3.2.2. Etat des lieux de la kinésithérapie.**

**Historique :** implanté dans les suites de la colonisation, la kinésithérapie au Bénin a commencé à se développer dans les années 1990. (30) (ANNEXE V Figure 1)

**Situation actuelle (26) :** les écoles de kinésithérapie béninoises sont accessibles par concours suite à l'obtention du baccalauréat, et proposent une formation en trois ans. Ces établissements restent onéreux, donc difficiles d'accès.

La kinésithérapie au Bénin n'est pratiquée qu'en hôpital ou en centre ; la profession dans le secteur libéral n'est pas développée, car ce dernier est principalement occupé par la

médecine traditionnelle (31) (32). Il faut prendre en compte que la kinésithérapie n'est pas aussi répandue qu'en France. Pour beaucoup de Béninois et en fonction des pathologies, elle s'assimile parfois à un soin de luxe, optionnel, le plus important étant déjà d'assurer la survie du malade. Cependant, dans un contexte de pays en développement et de réintégration sociale, les soins de kinésithérapie sont sujets à un essor ces dernières décennies.

### **3.2.3. Présentation de l'établissement de réadaptation fonctionnelle.**

#### **3.2.3.1. Locaux (ANNEXE VI Figures 1 à 12).**

Le centre se compose d'une grande salle de kinésithérapie, spacieuse, moderne et bien entretenue, d'une salle d'appareillage, de dortoirs, de sanitaires, d'un secrétariat et de plusieurs cours extérieures. Le personnel regroupe un appareilleur, une kinésithérapeute et deux religieuses, qui gèrent l'établissement.

La salle de kinésithérapie présente un équipement très diversifié, avec la plupart des éléments nécessaires aux soins de rééducation.

L'approvisionnement est déficitaire en termes de crèmes, de matériel de pouliothérapie, de bandes, de cannes simples ou anglaises. Le matériel mis à disposition est parfois en mauvais état, donc non fonctionnel. Les fauteuils roulants sont très utilisés, mais très abîmés, non adaptés à la taille des enfants, tout comme les déambulateurs. Beaucoup de matériel est stocké dans la salle de réserve, mais il semble s'agir de matériel soit inadapté, soit usagé, soit inutile ou rarement utilisé.

Les dortoirs permettent l'accueil d'environ soixante-dix patients, ainsi que leurs mères.

La salle possède un point d'eau dans l'arrière pièce : savon doux, gel, et gants médicaux sont à disposition si nécessaire. Elle est nettoyée tous les matins par les mères des patients. Les praticiens ne portent pas de blouse et travaillent pieds nus. Il n'y a pas de rouleaux d'aise, mais chaque patient possède un pan de tissu personnel (33).

### *3.2.3.2. Pathologies prises en charge.*

Il s'agit d'un centre de rééducation pédiatrique essentiellement mais certains adultes y sont aussi adressés. Les enfants qui y sont pris en charge sont atteints de genu valgum/varum pour la plupart, et d'autres d'Infirmité Motrice Cérébrale (I.M.C.). Nous pouvons aussi y rencontrer des patients atteints de spina bifida, de myopathies, de rhumatismes types lombalgies chroniques, de problèmes uro-gynécologiques ou encore d'hémiplégie. (ANNEXE VI Figures 25 à 28). La plupart des patients viennent sans prescription médicale, comme les enfants atteints d'I.M.C., de myopathies ou de genu varum/valgum. Le masseur-kinésithérapeute ne peut prendre en charge les patients souffrant d'autres pathologies que par l'intermédiaire d'un médecin prescripteur, qui indique le nombre de séances. Puis le kinésithérapeute informe celui-ci de l'évolution du patient et de la nécessité ou non d'augmenter le nombre de séances (33).

### *3.2.3.3. Organisation des séances de kinésithérapie.*

L'organisation du service de kinésithérapie fonctionne sur un juste équilibre entre le rôle du thérapeute et celui de la mère ou de l'accompagnatrice (33). Ces dernières se chargent,

lors de l'attente, d'une partie de la rééducation, qui leur a été enseignée par la kinésithérapeute. L'éducation thérapeutique est essentielle au bon déroulement du traitement.

La démarche thérapeutique est la même qu'en France. Les bilans sont réalisés, afin de mettre en place les traitements orthopédiques et de kinésithérapie adéquats. (ANNEXE VI Figures 19 à 24 et Figure 28)

*Tableau VI : exemples de traitements et particularités d'exécution inhérentes au terrain (33)*

<i>Exemples de traitements</i>	<i>Particularités d'exécution inhérentes au terrain</i>
<b>Mobilisations passives</b>	Uniquement manuelles : pas d'arthromoteur Recherche des mouvements majeurs essentiellement Recherche des mouvements mineurs plus rare : objectif d'efficacité corrélé à la productivité
<b>Postures</b>	Réalisées par les mères, sur tabouret, les postures sont maintenues par des attaches aux pieds et par des poids sur les genoux
<b>Renforcement musculaire</b>	Manuel : pas de matériel de pouliothérapie, appareil d'électrostimulation rarement utilisé, pas de poids circulaires
<b>Antalgique</b>	Peu de prises en charge antalgiques : pas de TENS, ni de thermothérapie. Rare usage de massages
<b>Stimulation neuromotrice</b>	Réalisée par les mères et les thérapeutes Usage des Niveaux d'Evolution Motrice Usage d'exercices de gymnastique orthopédique
<b>Rééducation à la marche</b>	Non surveillée. Entre les barres parallèles pour les patients I.M.C. Non observée pour les patients atteints de déformations orthopédiques (genu valgum/varum)
<b>Stimulation sensitive</b>	Manuelle : pas de matériel
<b>Reprogrammation Neuro-Motrice</b>	Non observée, pas de matériel
<b>Massages</b>	Usage de crèmes et de baumes, Rarement pratiqués par la thérapeute.

Les patients qui sont pensionnaires au centre n'ont pas de fiche de suivi. Ceux qui viennent en externes (cas d'hémiplégies, de lombalgies etc.), en possède une, qui permet de noter le nombre de séances effectuées, les actes réalisés et la date du prochain rendez-vous.



Cette fiche entretient la communication avec le médecin prescripteur et justifie si nécessaire l'augmentation du nombre de séances.

Le centre étant très peu informatisé, il n'y a pas de notions de P.M.S.I., et la communication avec les autres corps médicaux se fait soit par courrier soit par téléphone (33).

### **3.3. Actions d'aide en kinésithérapie.**

#### **3.3.1. Analyse et critique des actions.**

Notre rôle fut l'équivalent d'aides kinésithérapeutes ; la kinésithérapeute nous présentait les patients, leur(s) pathologie(s) et leur prise en charge. Suite à cela nous nous occupions des séances des enfants. Dans l'ensemble, le travail que nous avons fourni et celui que nous avons observé, dans la démarche thérapeutique, est le même qu'en France.

L'analyse et la critique des actions que nous avons menées doivent être considérées dans le contexte d'une association étudiante de petite taille, limitant donc nos interventions, que ce soit à court, moyen ou long terme.

Les causes et l'analyse de nos actions ont été détaillées et insérées dans une démarche de recherche de liens et de solutions. (ANNEXE IV : Figure 2)

#### **3.3.2. Enrichissement professionnel du séjour.**

Nous pouvons constater que l'enrichissement professionnel de ce séjour est bel est bien comparable à celui des kinésithérapeutes diplômés lors des missions de kinésithérapie

humanitaire (cf. 2.2.4.3. *Tableau « Avantages/Désavantages », colonne « Avantages »*). (ANNEXE V Figure 3).

### **3.3.3. Conclusion et bilan de séjour.**

Certains aspects de notre séjour (les excursions touristiques et les conditions d'accueil confortables mises en place par la mairie de Lokossa) remettent en cause le jugement que nous portions en premier lieu sur cette démarche avant de partir. Mais suite à l'analyse des aspects positifs de notre présence pour les personnes qui nous ont accueillies et pour nous-mêmes, nous nous rendons compte que ce séjour tient plus d'un échange de procédés fructifiant pour tous que d'une « épopée humanitaire ». Cette aide au développement, bien que ponctuelle, aura permis le plus important pour nous, kinésithérapeutes : la prise en charge la plus adaptée possible des patients.

## **4. TRANSMISSION AU MILIEU ETUDIANT.**

### **4.1. Intérêt de la transmission des informations au milieu étudiant.**

La kinésithérapie humanitaire est un domaine pour lequel un certain nombre d'étudiants éprouve de l'intérêt. Or rares sont les documents ou les démarches réalisés dans un but informatif. Il nous a donc semblé pertinent de faire partager notre expérience et surtout de transmettre les informations essentielles, et introductives, relatives au sujet de la kinésithérapie humanitaire. Dans cette démarche de transmission trois opportunités ont été saisies.

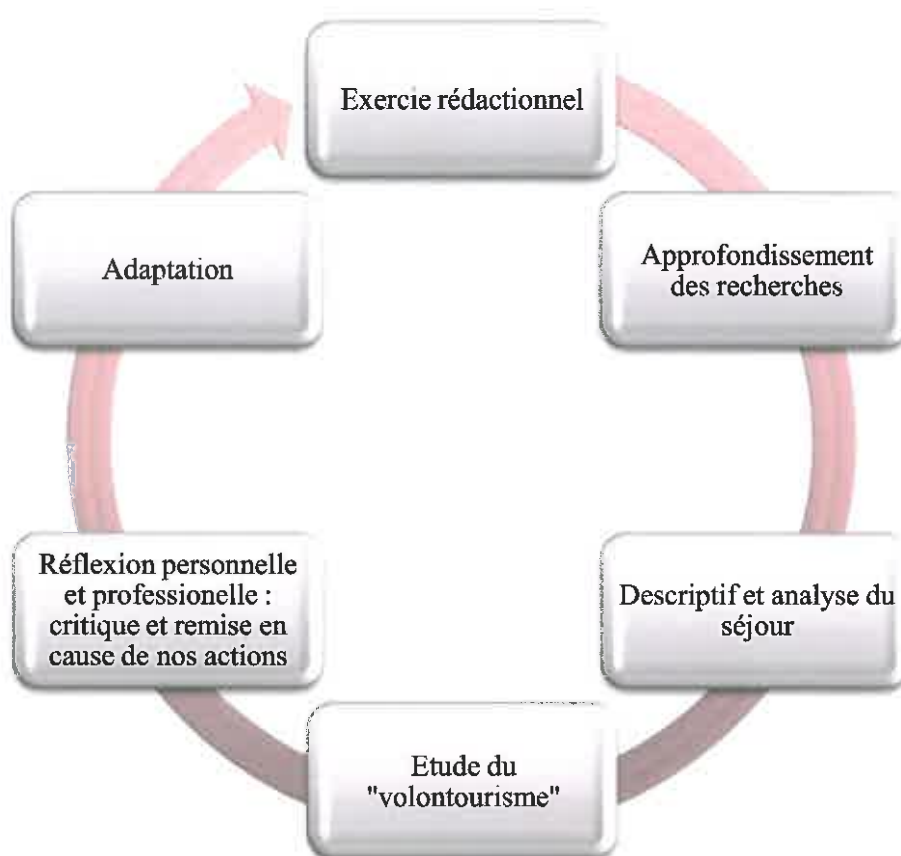
#### 4.2. Rédaction d'un article.

Au retour du séjour au Bénin, le responsable du journal « BDK » de la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (F.N.E.K.) nous a proposé la rédaction d'un article décrivant notre voyage, qui serait publié au courant de janvier-février 2012. La réalisation de cet article nous a permis d'aborder et de développer plusieurs axes d'intérêt.

*Tableau VII : Analyse des axes d'intérêt développés dans l'article pour le BDK de la FNEK*

<b>Axes d'intérêt</b>	<b>Causes</b>	<b>Problématiques</b>	<b>Moyens</b>
<b>La capacité d'adaptation au public et au contexte</b>	Public cible : les étudiants en kinésithérapie, en France Contexte : journal étudiant : distribué, lu mais souvent survolé	Nécessité d'un contenu et d'un contenant accrocheurs Première approche des notions de journalisme	Article synthétique : aborder toutes les facettes du voyage en quelques pages Et exhaustif : représenter au mieux le vécu et les caractéristiques de cette expérience Contenant illustré, coloré et organisé
<b>Sensibilisation à l'existence de la kinésithérapie étudiante humanitaire</b>	Rares mais réelles possibilités de partir	Rarement exploitées, rarement abordées	Descriptif des démarches de recherches associatives et de départ
<b>Transmission de la motivation et de l'intérêt de ce type d'expérience</b>	Compréhension de la pertinence des capacités développées lors de ce type de démarches	Etudiants non nécessairement réceptifs au sujet	Explications des liens de cause à effet entre les actions et les développements professionnels et personnels engendrés, et leurs bénéfiques.
<b>Consolidation et ouverture des recherches relatives à l'élaboration du mémoire</b>	Réalisation d'un des premiers écrits, développé, sur le sujet de l'humanitaire	Maîtriser le sujet pour l'exploiter au mieux	Réalisation de recherches supplémentaires

L'intérêt majeur de cet article est de faire comprendre l'importance de l'échange humain dans notre profession, et du caractère indispensable de notre capacité d'adaptation. (ANNEXE VII Figures 1 à 4). Il aura représenté une avancée concrète dans nos démarches de transmission d'expérience à autrui, et permis la réalisation d'un cycle d'enrichissement professionnel individuel.



*Figure 2 : enrichissement professionnel développé par la rédaction de l'article*

### **4.3. Réalisation d'un dépliant.**

**Contexte :** ce livret a pour but de mettre à la disposition de chaque étudiant en kinésithérapie de France un outil pratique pour ceux qui souhaiteraient s'intéresser au sujet de la kinésithérapie humanitaire.

Avant de partir nous-mêmes au Bénin, nous avons pu constater qu'il aurait été appréciable de trouver de façon regroupée et pédagogique un ensemble d'informations qui nous aurait permis de nous renseigner au mieux sur le sujet. Nous avons donc souhaité réaliser ce qui nous a manqué au cours de notre expérience.

**Population ciblée :** nous souhaitons rendre ce livret accessible à l'ensemble de la population étudiante française en kinésithérapie, aussi bien auprès des personnes qui sont déjà sensibilisées au sujet qu'auprès de celles qui n'y sont pas.

**Choix du support :** nous avons choisi le support du dépliant car il reste pratique, répandu et facile d'utilisation et de réalisation.

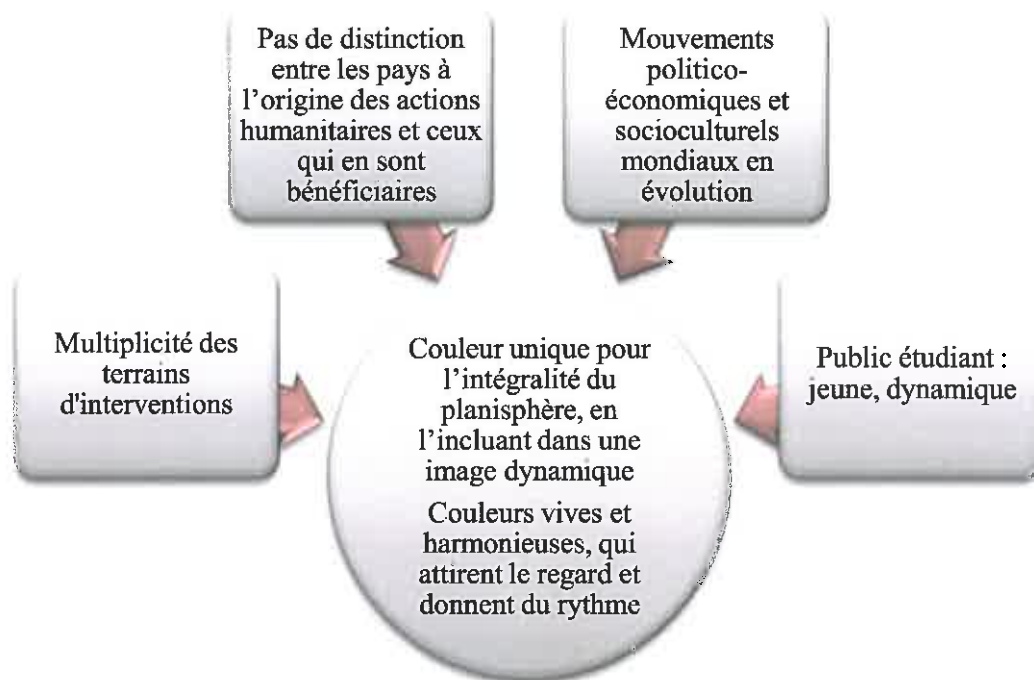
**Contenu :** nous avons choisi de donner à ce dépliant la forme d'un outil informatif. Son contenant étant limité, nous devons cibler les principales informations permettant d'aborder le sujet, d'intéresser et d'orienter le lecteur.

Nous avons voulu aborder le contexte, la nature et les caractéristiques de la kinésithérapie humanitaire et ses acteurs. Nous avons aussi introduit les démarches d'accès au milieu (formations et critères de recrutement), quelques conseils de littérature et des témoignages.

**Contenant :** l'intérêt de ce genre de réalisation est aussi d'attirer un public qui n'est peut être pas encore sensibilisé au sujet, tout en rendant agréable sa lecture, à tous. Il est donc pertinent d'essayer de rendre attractif ce dépliant par sa présentation, afin qu'il puisse cibler le maximum d'étudiants.

Le principal problème rencontré a été de ne pas introduire de clichés quels qu'ils soient, car l'image de l'humanitaire peut très vite basculer en fonction de ce qui la représente aux yeux du public. S'ils peuvent être utiles pour attirer l'attention et cadrer rapidement le sujet abordé, il nous semblait dérangeant de proposer une image de l'humanitaire reposant plus sur des clichés que sur de réelles informations professionnelles. Nous avons donc évité les sous-entendus visuels de pauvreté, de couleur de peau, de détresse extrême ou d'exotisme (etc.), que ce soit dans le choix des figures ou des couleurs.

Le choix de la couleur du titre s'est basée sur les principes fondamentaux de l'humanitaire : neutralité, liberté et indépendance. Notre choix s'est donc porté sur un blanc. La présentation du texte a été faite sur plusieurs critères : visibilité des principales informations, développement de ces informations, figures et schémas clairs et orientés.



*Figure 3 : démarche de sélection des éléments de l'aspect visuel du dépliant*

**Transmission et accessibilité :** l'intérêt de cette réalisation était de pouvoir en faire profiter un maximum d'étudiants en France. N'étant pas financés par une association ou un privé, nous ne pouvions assurer nous-mêmes la distribution des dépliant à l'ensemble de la population étudiante. Nous avons donc cherché le moyen le plus efficace tout en restant économique pour le distribuer à l'échelle nationale. Pour ce faire, nous avons décidé de contacter, suite aux conseils du directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (I.F.M.K.) de Nancy, le Président et le Secrétaire du Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (S.N.I.F. M.K.). Nous leur avons proposé de soumettre aux directeurs des I.F.M.K. français ce dépliant afin que ces derniers le transmettent à leurs étudiants, sous forme de PDF via les sites intranet par exemple. Ajouté à cela, nous avons aussi souhaité contacter la F.N.E.K. afin de proposer de mettre le dépliant sous forme PDF sur

le site internet de cette fédération. Ainsi le dépliant sera accessible sur les plateformes gratuites les plus connues par les élèves des I.F.M.K. français.

**Hétéro-évaluation :** dans le but d'avoir un retour sur la qualité de nos choix dans la réalisation du dépliant, nous réaliserons une évaluation de ce dernier par les étudiants de l'I.F.M.K. de Nancy. Nous distribuerons un maximum d'exemplaires aux promotions de première et troisième années, joints à un questionnaire permettant l'élaboration de cette évaluation. La version qui sera envoyée au Président de la S.N.I.F. M.K. correspondra à la version corrigée, afin d'éviter la transmission nationale d'un document qui devrait être retouché.

**Conclusion :** en somme, ce dépliant a pour but d'être une plateforme introductive (ANNEXE VIII). Nous avons perçu la réalisation comme une continuité de l'article pour la FNEK. Toutes les caractéristiques de la réalisation de cette démarche, de sa conception à sa distribution, nous ont forcés à penser nos choix de la manière la plus accessible à l'opinion et à la sensibilisation de la population cible. C'est une notion qui, dans une démarche professionnelle, peut se révéler particulièrement pertinente et adaptée.

#### **4.4. Proposition de la mise en place d'une vidéoconférence.**

Au cours de nos recherches nous sommes entrés en contact avec Handicap International. Nous avons été mis en relation avec Mme RETIS Chiara, responsable technique



du secteur réhabilitation. Lors de nos échanges, elle nous a proposé d'assister à une vidéoconférence qu'elle réalisait avec l'I.F.M.K. de Toulouse. Nous n'avons pas pu assister à cette conférence, mais avons pensé qu'il serait intéressant de pouvoir proposer la même opportunité à l'I.F.M.K. de Nancy. Nous nous sommes donc renseignés auprès du directeur de l'école pour évaluer l'intérêt qu'il pourrait porter à cette démarche. Suite à une réponse favorable de sa part, nous avons abordé cette proposition auprès de Mme RETIS, dont la réponse a été positive. Nous les avons alors mis en contact afin qu'ils puissent décider des conditions de mise en place de cette vidéoconférence.

L'intérêt de cette intervention serait accrue par la participation d'une professionnelle du milieu de l'humanitaire, apte donc à aborder toutes les facettes du métier et à répondre à l'ensemble des questions pouvant en découler. De plus, la notoriété de Handicap International n'étant plus à prouver, une intervention de sa part est en mesure d'attirer l'attention de nombreux étudiants et de les sensibiliser au sujet. Il s'agit donc d'une complémentarité entre nos démarches d'élèves en fin de cursus et celle d'une professionnelle dotée d'expérience, et dont les informations confirment, complètent et forment un continuum avec les nôtres.

## **5. DISCUSSION.**

L'étude de la kinésithérapie humanitaire au sein d'un mémoire n'entre pas directement dans les catégories d'écrits proposées pour la validation du diplôme de masseur-kinésithérapeute. Cependant validée par M. le Directeur de l'I.F.M.K. de Nancy, nous avons essayé de proposer une approche pertinente et enrichissante du sujet.

La kinésithérapie humanitaire, étant vaste et rarement abordée, il y avait une quantité importante de recherches à faire, en ayant une approche neutre et ouverte pour présenter une exploitation adaptée des données. Mais les références bibliographiques sont rares, disparates, et bien souvent n'abordent l'humanitaire que d'une façon générale. S'agissant d'une pratique de terrain, il nous a semblé intéressant de rencontrer des professionnels du milieu, qui sont les mieux placés pour nous informer des spécificités de cette profession. La rencontre de ces personnes nous a permis de donner une crédibilité supplémentaire à nos démarches, et donc d'établir un contact professionnel, aboutissant à un échange d'informations, approfondi et adapté.

Mais dans ses caractéristiques de pratique de terrain, il a été délicat pour nous d'aborder le sujet d'une façon complète ; un témoignage d'exercice humanitaire professionnel issu de notre expérience aurait été plus pertinent, mais notre situation d'étudiant ne nous l'a pas permis.

De plus ce sujet en inclut un bien d'autres, et une seule recherche ouvre beaucoup de pistes. Il nous a donc fallu être vigilants, ne pas nous disperser et rester centrés sur le thème initial, tout en y apportant le plus d'informations possibles. Ainsi par notre volonté d'introduire trois axes dans notre mémoire, peut-être avons-nous diminué nos possibilités de développer chacun d'entre eux, et accentué la perte de temps dans nos sélections de recherches. Mais cela a apporté une diversification du sujet, adaptée et pertinente.

En outre, nous avons le regret de ne pas avoir assez exploité certaines pistes, comme celle d'insister pour une prise de contact avec la Croix Rouge, ou d'assister au congrès des étudiants kinésithérapeutes à Rennes en février 2012, auquel étaient présents Handicap International, la Croix Rouge et Médecins Sans Frontières.

Aussi, nous aurions pu faire des recherches sur les actions humanitaires en France.

Ce travail expose l'étendue du sujet, et les limitations qu'impose sa synthèse. Il témoigne aussi de l'enrichissement professionnel apporté par les recherches qui lui sont relatives, et du nombre de pistes qui peuvent encore être étudiées pour le compléter au mieux.

## **6. CONCLUSION.**

La confirmation du séjour au Bénin fut l'événement déclencheur de ce travail. Il nous a donné l'opportunité d'approcher le monde de la kinésithérapie humanitaire, et surtout l'envie de s'instruire à son sujet. Ainsi nous avons pensé et réalisé notre travail de fin d'étude comme une initiation, une immersion dans les domaines qui constituent l'humanitaire : droits de l'homme, principes humanistes, législation, économie, connaissances politiques, cultures, échecs, réussites, remises en questions. Ces notions, associées aux connaissances en kinésithérapie, nous ont permis de traiter le sujet comme un travail informatif pour autrui, mais surtout constructif pour nous-mêmes. Il nous a permis de se rendre compte de nos capacités et de nos lacunes, mais aussi des caractéristiques que nous devons acquérir et dont nous devons faire preuve pour intégrer en tant que kinésithérapeutes professionnels le monde de l'humanitaire. Ce projet, alors initialement personnel, a évolué en étape professionnelle qui, nous l'espérons, nous sera d'une grande utilité dans notre vie future.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. **HAWKING S. W. (OMS)**, Rapport Mondial sur le Handicap, 2011,  
[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/accessible\\_fr.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_fr.pdf) (page consultée le 30/03/2012)
2. **ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES**, Convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 décembre 2006,  
<http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413> (page consultée le 28/11/2011)
3. **RUFIN J.C.**, L'aventure humanitaire, 64218. Paris: Gallimard, 1994. 176 p. ISBN 2-07-053247-X
4. **MONET J.**, Naissance de la kinésithérapie, Paris : Glyphe, 2009. 420p. ISBN 978-2-35285-056-4
5. **MICHELETTI P.**, Humanitaire : s'adapter ou renoncer, Paris : Hachette, 2008. 245 p. ISBN 978-2-501-05812-4
6. **OMS**, Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé, 21502088, Paris : OMS, 2001, 307 p. ISBN 9789242545425
7. **COMMISSION EUROPEENNE**, Note d'orientation sur le handicap et le développement à l'intention des services et des délégations de l'Union Européenne, Bruxelles : Office des publications de la Commission Européenne, 2004, 16 p. ISBN 92-894-7644-3
8. **HANDICAP INTERNATIONAL**, Advocating Disability Inclusive Disaster Risk Reduction, 2010

9. **BUIRETTE P., LAGRANGE P.**, Le Droit International Humanitaire, 19081. Paris : La Découverte, 2008. 122 p. ISBN 978-2-7071-4844-5
10. **TROUBE C.**, L'humanitaire, un business comme les autres ?, Paris : Larousse, 2009. 126 p. ISBN 978-2-09-584536-8
11. **PECH T., PADIS M.O.**, Les multinationales du cœur : Les ONG, la politique et le marché, 40029. Paris : Editions du Seuil et La République des Idées, 2004. 96 p. ISBN 2-02-063256-X
12. **RYFMAN P.**, Les ONG, 21061. Paris : La Découverte, 2009. 126 p. ISBN 978-2-7071-5727-0
14. **BOINET A., MIRIBEL B., MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPENNES**, Analyses et propositions sur l'action humanitaire dans les situations de crise et post-crise : Rapport à M. Bernard KOUCHNER Ministre des Affaires Etrangères et Européennes. Mars 2010.  
[http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/\\_2011-11-9\\_doc\\_de\\_presentation\\_CNH\\_2\\_.pdf](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/_2011-11-9_doc_de_presentation_CNH_2_.pdf) (page consultée le 17/12/2011)
20. **MSF**, Convention de volontariat « MSF-terrain » à l'intention du Dr Kahn J., 2006
21. **RETIS C.**, PDF de présentation de Handicap International lors de la vidéoconférence avec l'IFMK de Toulouse, 2011
22. **ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES**, Le livre vers...de la masso-kinésithérapie. Paris : Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2011. 138p.
23. **CALVOT T.**, Inclure les personnes en situation de handicap dans la réponse d'urgence à une crise : Réagir face aux constats alarmants du terrain, Développement

humain, handicap et changement social, « Situations de crises et situations de handicap», 2011, 18, 1.

25. **HANDICAP INTERNATIONAL, CHRISTIAN BLIND MISSION**, Disability in Development: Experiences in Inclusive Practices, Lyon: Handicap International, Bensheim: CBM, 2006. 57 p. ISBN 2-909064-72-7
27. **RIEFF D.**, L'humanitaire en crise, 036201, Paris : Le serpent à plumes, 2004. 326 p. ISBN 2-84261-454-2
28. **MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPENNES**, Les Actes de la Conférence Nationale Humanitaire, novembre 2011, [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Les\\_Actes\\_de\\_la\\_CNH\\_-\\_16\\_novembre\\_2011\\_cle886ba2.pdf](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Les_Actes_de_la_CNH_-_16_novembre_2011_cle886ba2.pdf) (page consultée le 17/12/2011)
30. **KINDE-GAZARD D.A., Ministre de la santé publique du Bénin**, Politique et stratégie de développement de la Kinésithérapie au Bénin 2006-2010, Ministère de la Santé Publique du Bénin, novembre 2005

## AUTRES REFERENCES

---

### Echanges avec des professionnels :

13. **HUMBERT N.**, Responsable du secteur O.N.G. de la Cellule de Crise du Ministère des Affaires Etrangères
19. **RETIS C.**, Responsable technique du secteur réadaptation et développement à Handicap International
24. **CHANCEREL A.**, Kinésithérapeute volontaire au sein de l'ONG Kinés Du Monde
26. **FERRING V.**, Kinésithérapeute au Centre de Rééducation de Lay Saint Christophe, parti en mission avec Physiothérapeutes Du Monde en 2004, dans l'hôpital pédiatrique de Cantho, Vietnam.
31. **DOHOU EL.**, Kinésithérapeute au centre de rééducation Bethesda
32. **DOHOU Em.**, Appareilleur au centre de rééducation Bethesda

### Expérience au Bénin :

33. **EXPERIENCE PERSONNELLE**, Observations, rencontres et rédaction d'un journal de bord. Juillet 2011.

**Sites internet des ONG :**

15. **HANDICAP INTERNATIONAL**, <http://www.handicap-international.fr/je-postule/en-tant-que-professionnel/index.html>
16. **KINES DU MONDE**, <http://www.kines-du-monde.org/4456-recrutement.htm>
17. **MEDECINS SANS FRONTIERES**, <http://www.msf.fr/page/processus-recrutement>
18. **LA CROIX ROUGE**, <http://www.croix-rouge.fr/>

**Documents non officiels :**

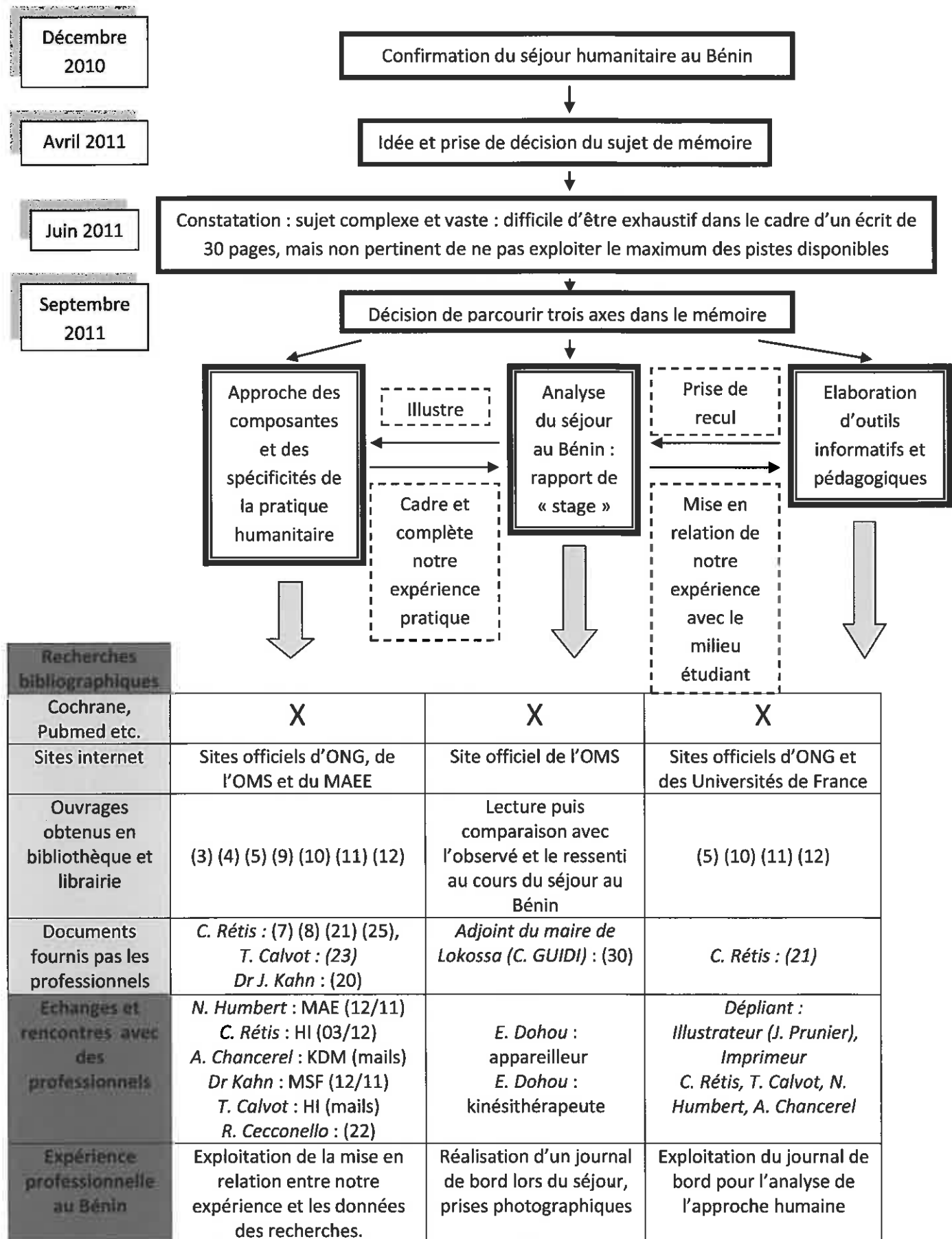
29. **Amid'gens**, PDF « **Présentation de l'association Amid'gens** », novembre 2011



# **ANNEXES**

## **ANNEXE I**

*Descriptif approfondi de la méthode et du matériel de recherche*



**Figure 1** : Descriptif approfondi de la méthode et du matériel de recherche.

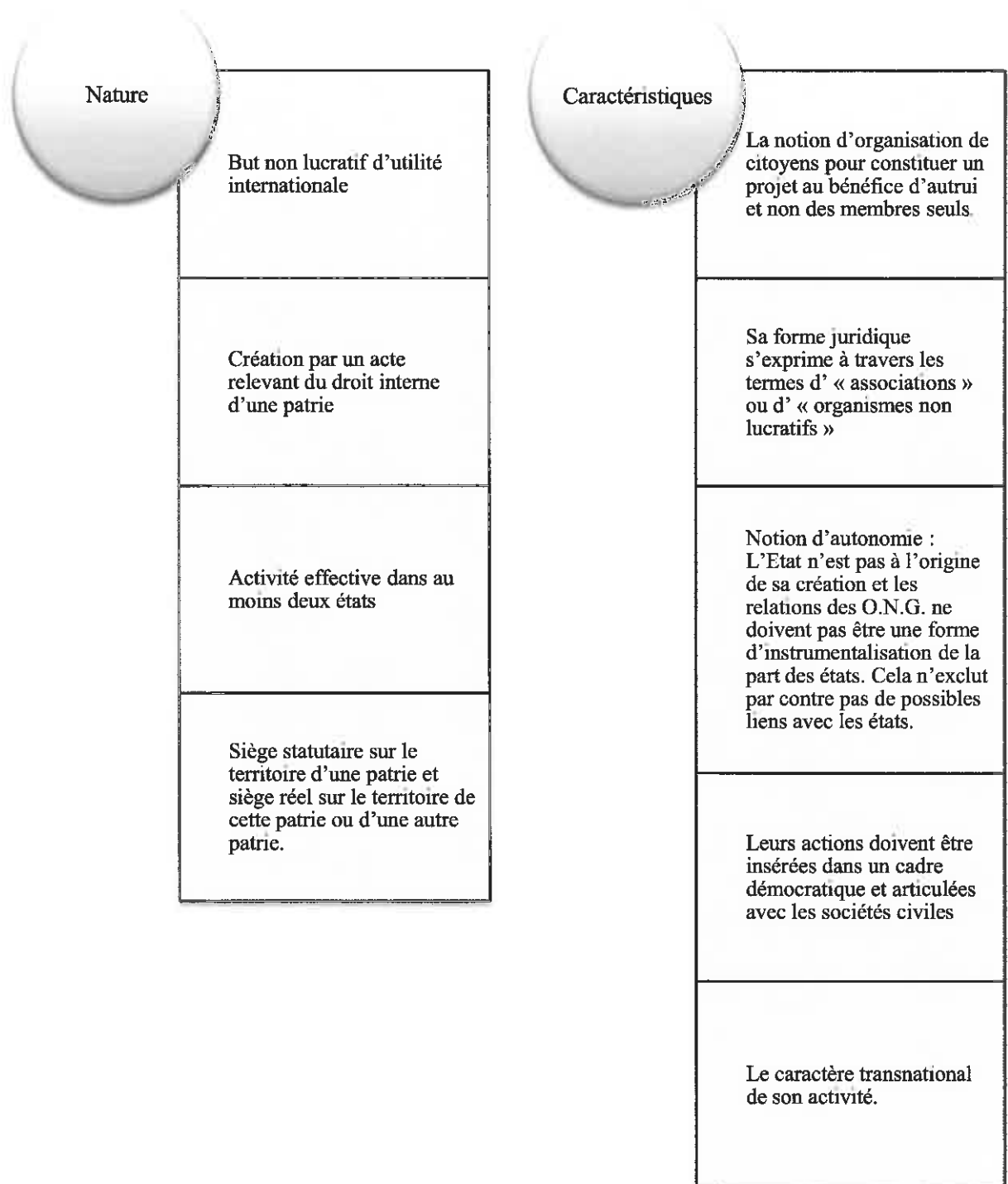
## **ANNEXE II**

***Fresque historique du développement de la médecine, de la kinésithérapie, de la médecine  
humanitaire et de la kinésithérapie humanitaire – dates principales***



**ANNEXE III**

***Les Organisations Non Gouvernementales***



**Figure 1** : nature et caractéristiques des O.N.G.

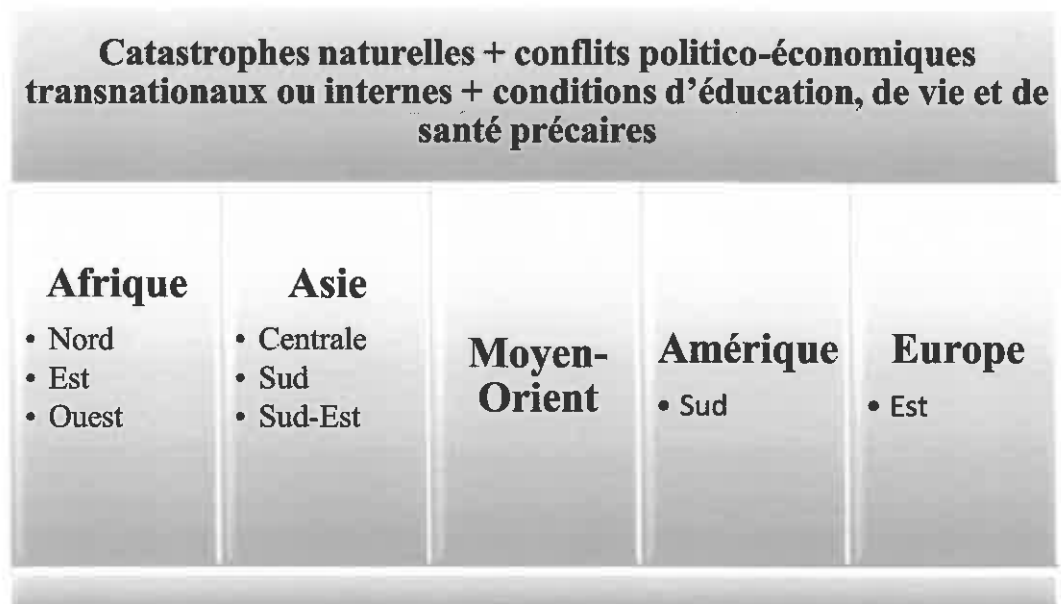
### **Modèle wilsonien**

- se base sur une complémentarité entre les actions des ONG et celle de l'état
- plus répandu aux Etats Unis

### **Modèle dunantiste**

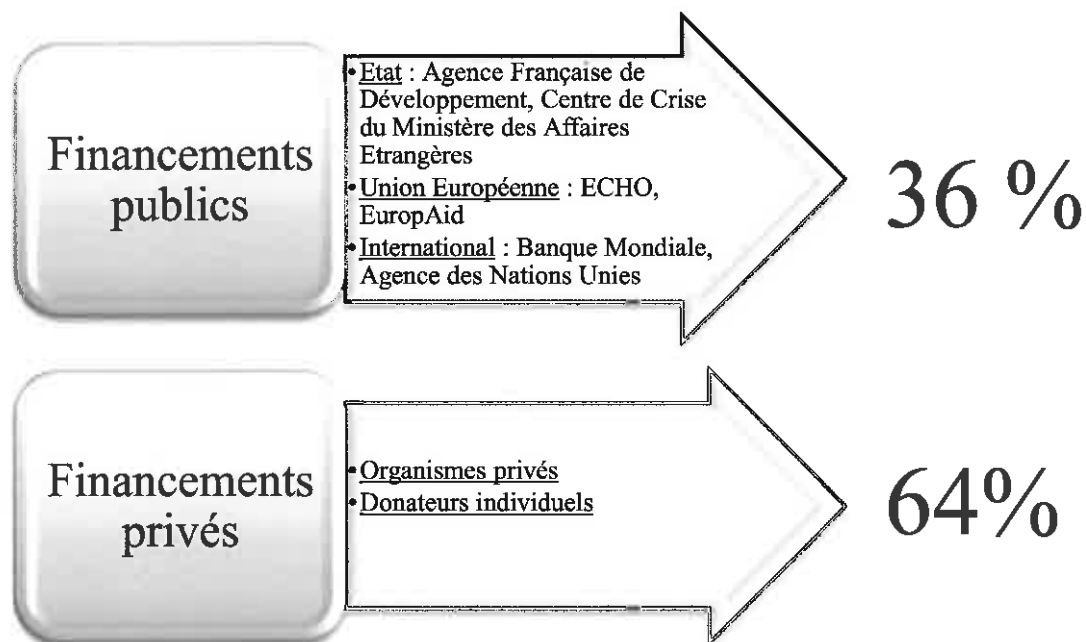
- se base sur l'impartialité des ONG
- plus répandu en Europe

**Figure 2 :** les types d'O.N.G. occidentales



**Figure 3 :** les principaux terrain d'action (hors pays développés)

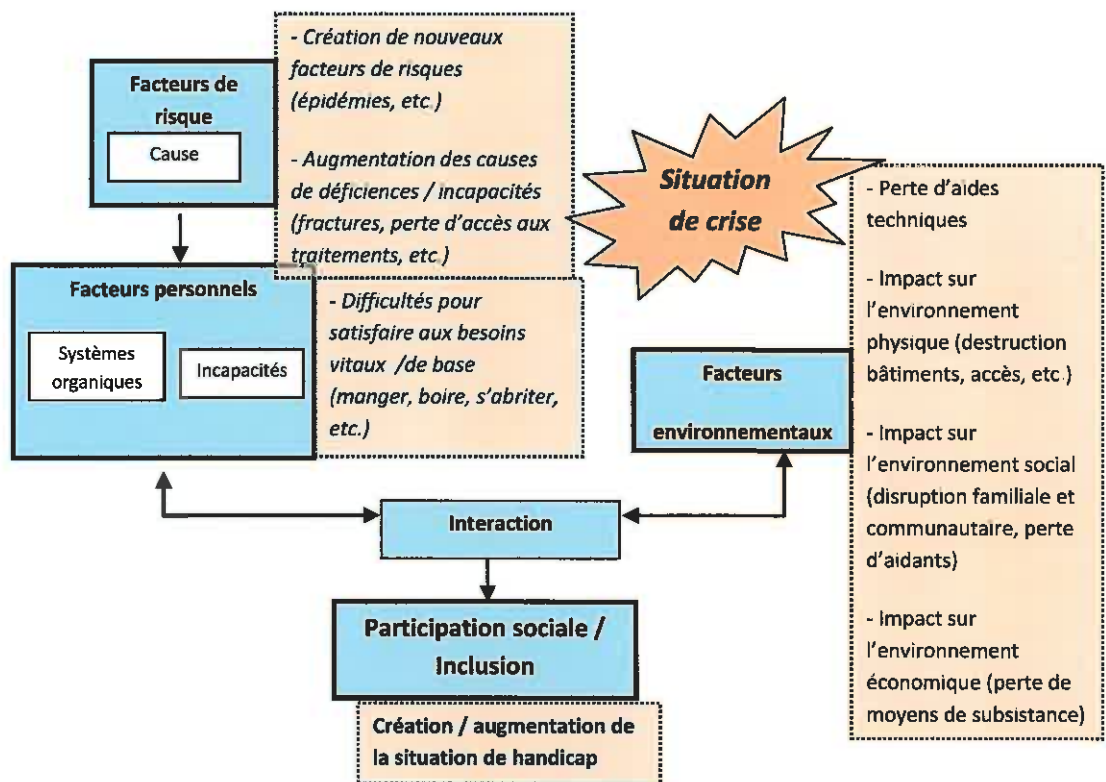




**Figure 4** : les financements des O.N.G. : répartition, acteurs et exemples des bailleurs

## ANNEXE IV

### *Kinésithérapie humanitaire*



**Figure 1** : traduction de l'impact d'une situation de crise en lien avec le processus de production du handicap (source : Handicap International)

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> <li>• richesse humaine par le contact avec les populations</li> <li>• satisfaction personnelle de l'aide apportée               <ul style="list-style-type: none"> <li>• échanges</li> <li>• ouverture d'esprit</li> </ul> </li> <li>• capacités d'adaptation personnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la vie personnelle, familiale et affective, souvent altérée               <ul style="list-style-type: none"> <li>• retentissement de l'affect psychologique des difficultés vécues</li> <li>• désadaptation et perte de repères dans la société à laquelle la personne appartient dans le cas d'un exercice de longue durée sur le terrain</li> </ul> </li> </ul>

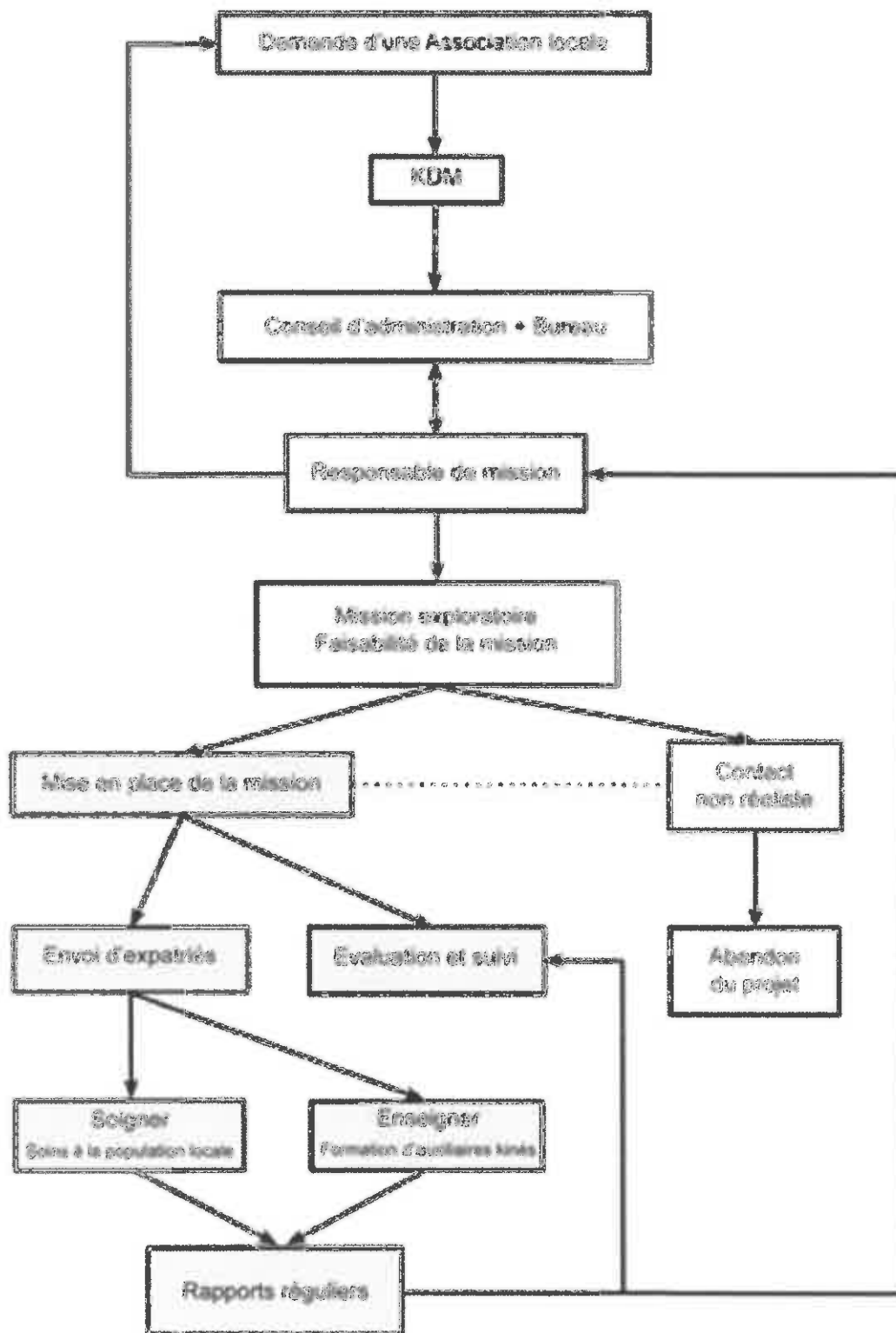
**Figure 2** : les avantages et désavantages personnels de la pratique humanitaire

<p style="text-align: center;"><b>Volontariat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indemnité de volontariat mensuelle + allocation de vie sur place (per diem) + logement + couverture médicale prise en charge à 100% par HI + assurance rapatriement</li> <li>• Exemple : <i>Recherche pour Master, travail dans l'urgence, appui technique pour formations courtes/continues</i></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Salariat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salaire + indemnité d'expatriation mensuelle + couverture médicale prise en charge à 50% par HI + assurance rapatriement</li> <li>• Exemple : <i>Contrats courts (2-6 mois) ou longs (12-24 mois) en tant que formateur, chef de projet (réadaptation), conseiller technique à des équipes</i></li> </ul>

**Figure 3** : les différents types de statuts et leurs caractéristiques (Source : Handicap International)

<i><b>Clinicien</b></i>	Travail sur le terrain en tant que kinésithérapeute
<i><b>Formateur</b></i>	Travail sur le terrain. Pratique de la kinésithérapie et dispense de formations théoriques et pratiques en kinésithérapie en vue de former des praticiens
<i><b>Gestionnaire de projet</b></i>	Travail sur le terrain et au siège. Pratique réduite de la kinésithérapie Gestion des projets de réhabilitation
<i><b>Coordinateurs technique / Manager</b></i>	Travail au siège. Pratique réduite de la kinésithérapie Coordination des projets de réhabilitation et des secteurs d'intervention

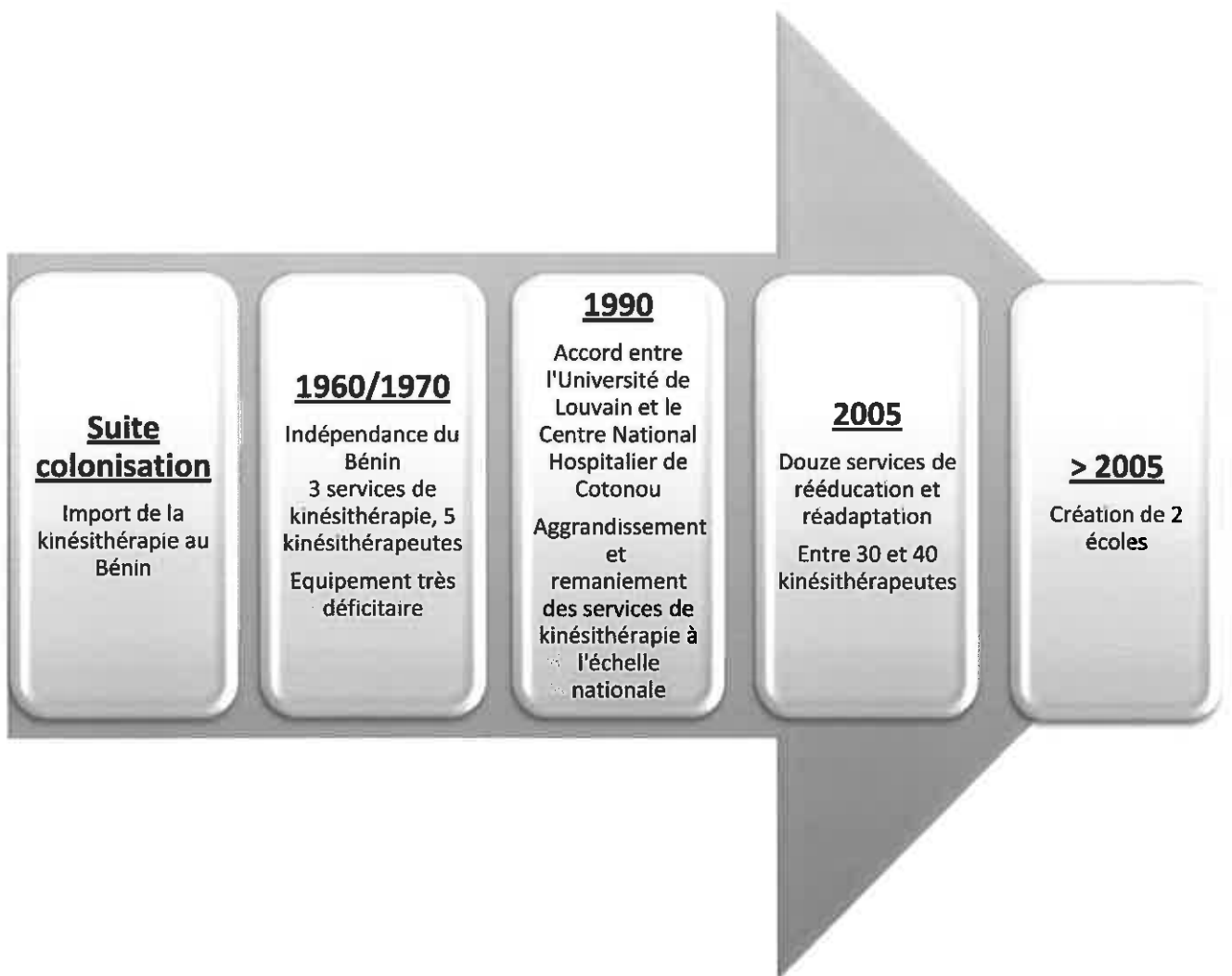
**Figure 4** : les différents types de postes et leurs caractéristiques



**Figure 5** : déroulement d'une mission de kinésithérapie humanitaire : exemple de Kinés Du Monde (Source : Kinés Du Monde)

## ANNEXE V

### *Expérience au Bénin*



***Figure 1*** : historique du développement de la kinésithérapie au Bénin



**Figure 2 :** analyse de nos actions sur le terrain

**Techniques manuelles : enrichissement +**

- Pratique des techniques connues et manque de temps de la part de la kinésithérapeute pour nous former à d'autres techniques

**Techniques instrumentales : pas d'enrichissement**

- Pas assez de matériel sur place pour l'utiliser

**Capacités de travail : enrichissement +**

- Adaptation à des conditions de travail parfois difficiles : météorologiques (chaleur/humidité) et quantitatives (nombre important de patients)

**Maîtrise des pathologies : enrichissement ++**

- Approfondie par la pratique quotidiennement répétée des traitements de patients atteints d'I.M.C. et de genu valgum/varum
- Découverte de pathologies encore non vues durant les stages en France : myopathie, hémiplégie infantile, agénésie tibiale, spina bifida

**Autonomie de prise en charge : enrichissement +++**

- Approfondie : observation le premier matin puis prise en charge autonome des patients

**Communication avec les patients : enrichissement ++**

- Entraînement à l'adaptation : peu de patients parlaient français : communication avec aides : traduction par la kinésithérapeute, usages de gestes et de mimes, apprentissage du vocabulaire béninois utile

**Diversification des prises en charge : enrichissement +++**

- Prise en charge individuelle
- Prise en charge avec les mères
- Prise en charge en séances collectives

**Adaptation au contexte d'exercice : enrichissement +++**

- Obligation de se rendre accessible, d'être accepté en tant qu'étranger : approche ouverte et malléable : apport des techniques connues et adaptation de notre forme de pratique à celle du centre : travail pieds nus, travail en équipe avec les mères, prise des patients un à un en les laissant gérer leur ordre d'arrivée (pas d'horaires de séances)

**Figure 3 :** enrichissement professionnel lors du séjour au Bénin



## ANNEXE VI

### Présentation du centre Bethesda

Figures 1 à 12 : locaux et équipements



Figure 1 : panneau d'accueil



Figure 2 : cours principale



Figure 3 : salle de rééducation



Figure 4 : cages de pouliothérapie



Figure 5 : vélo de réentraînement



Figure 6 : fauteuils roulants



Figure 7 : table de Bobath



Figure 8 : appareil d'électrothérapie



Figure 9 : chaise à quadriceps



Figure 10 : table de verticalisation



Figure 11 : matériel de pouliethérapie



Figure 12 : coussins calles



**Figures 13 à 18 : les locaux d'hébergement**



**Figure 13 : cours extérieure**



**Figure 14 : laverie et cultures**



**Figure 15 : dortoirs**



**Figure 16 : dortoirs**



**Figure 17 : sanitaires**



**Figure 18 : image de sensibilisation à l'hygiène**

**Figures 19 à 24 : attelles et plâtres**



**Figure 19** : attelles – vue de face



**Figure 20** : attelles – vue de profil



**Figure 21** : atelier d'appareillage



**Figure 22** : plâtres orthopédiques



Figure 23 : état des plâtres orthopédiques - profil



Figure 24 : état des plâtres orthopédique = vue de face

Figures 25 à 28 : exemples de déformations orthopédiques prises en charge par le centre Bethesda



Figure 25 : genu varum bilatéraux



Figure 26 : pieds bots bilatéraux





**Figure 27** : genu recurvatum bilatéraux



**Figure 28** : genu valgum bilatéraux corrigés



**Figure 29** : exemple de plaies de déambulation en quadrupédie

**ANNEXE VII**

***Article pour le BDK de la F.N.E.K.***



## Stage humanitaire: Récit d'étudiante

Étudiante en K3, je suis partie cet été au Bénin, avec une collègue, dans le cadre d'une expérience humanitaire. S'agissant d'un projet personnel n'entrant pas directement dans le cadre des études, ce voyage a eu lieu au mois de juillet, pendant trois semaines. Direction Lokossa, commune du Mono, au sud du Bénin, près de la capitale, Cotonou. Nous avons été accueillies par le centre de rééducation pédiatrique Bethesda.

International



### POUR LA CULTURE !



Le Bénin, situé en Afrique Subsaharienne, est entouré par le Togo, le Burkina Faso, le Niger et l'Océan Atlantique. D'une superficie de 114 769 km<sup>2</sup>, il compte plus de 8,4 millions d'habitants. Il se caractérise par un pluralisme ethnique, linguistique et religieux. Mais s'agissant d'une ancienne colonie française, le français reste très couramment parlé.

Il s'agit actuellement du pays « référence » en Afrique Subsaharienne en matière de démocratie, où les libertés publiques (de presse et d'opinion) sont respectées. Cependant la corruption y est encore présente.

La pauvreté importante du pays, dont les ressources reposent essentiellement sur le coton et le pétrole, le classe parmi les Pays Pauvres Très Endettés, dont l'IPH (Indice de Pauvreté Humaine) était de 43,25 en 2007. Il n'en reste pas moins un des pays les plus riches d'Afrique Subsaharienne.

### Une association étudiante

L'association étudiante Amid'gens, établie à la faculté de médecine de Nancy (Lorraine), nous a offert l'opportunité de partir avec eux pour la première fois en 2010. Deux étudiantes kinésithérapeutes ont donc pu préparer ce voyage. A leur retour, elles nous ont fait partager leur expérience, qui a attisé notre envie de partir à notre tour. Nous n'étions que deux élèves kinésithérapeutes pour une vingtaine d'étudiants en médecine, mais nous nous sommes tous donnés l'opportunité de profiter de la spécialité de chacun pour en découvrir un maximum sur place.

L'association récolte des fonds et du matériel durant l'année, qu'elle distribue ensuite lors de sa présence à Lokossa. Nos actions lors du séjour se divisent entre la pratique médicale le matin (hôpital, clinique et centre de rééducation) et des activités en orphelinat l'après midi.

### La kinésithérapie au Bénin

Le Bénin possède actuellement deux écoles formatrices en kinésithérapie. Elles sont accessibles avec le baccalauréat, et proposent une formation en trois ans, en alternant théorie et pratique. Cependant, ces établissements restent onéreux, et donc difficiles d'accès pour les béninois. Mais des kinésithérapeutes sont aussi formés sur place par des ONG, comme Kiné Du Monde (KDM), en trois ans. En 2005, le Bénin pouvait dénombrer douze services de rééducation et de réadaptation, avec un effectif de vingt-huit kinésithérapeutes formés en école, dont six formés par des ONG, ainsi que du personnel aidant.

La kinésithérapie n'est pratiquée qu'en hôpital ou en centre ; le secteur libéral est plutôt réservé à la médecine traditionnelle, très répandue.

Ici, les frais de soins sont à la charge de la famille, tout comme l'approvisionnement en certains types de matériels (pansements, médicaments, etc.).





Le centre Bethesda est un diocèse ; il est financé à la fois par l'évêché qui y est rattaché, et par les dons extérieurs (ONG, etc.). Il accueille essentiellement des enfants sujets à des déformations orthopédiques et à des atteintes neurologiques. Les enfants viennent ici avec leurs mères ; ils consultent en externes ou sont logés au centre, qui peut accueillir près de soixante-dix patients.

Le centre, dans l'ensemble, est bien équipé ; nous y trouvons douches, WC, points d'eau, lits, moustiquaires. D'un côté du centre on trouve des cultures agricoles, et de l'autre un matériel kiné impressionnant par rapport aux préjugés que l'on pouvait avoir. Il y a une grande salle carrelée, propre, équipée de tables classiques et d'un podium type table de Bobath, des cages de pouliothérapie, du matériel d'électrothérapie, des espaliers, des barres parallèles, des tapis de sol et ballons de Klein, des fauteuils roulants et déambulateurs. Une grande salle d'appareillage permet la confection d'orthèses et de plâtres.



Cependant, une grande partie du matériel est inadaptée, abîmée ou incomplète, car il s'agit essentiellement de dons, qui ne sont pas continuellement renouvelés.

Une seule kinésithérapeute officielle au centre ; elle a été formée par KDM, et est aidée par une sœur qui travaille en tant qu'aide kinésithérapeute. Le centre compte aussi un appareilleur, formé au Brésil, qui confectionne plâtres et orthèses à l'aide de matériel neuf ou récupéré, et deux autres sœurs, chargées du volet administratif.



### Une approche humaine et chaleureuse

Les séances kiné sont finalement similaires à celles que nous avons l'habitude de voir en France. Mais, dans la forme, elles en diffèrent pleinement. Ici, pas de salle d'attente ou d'heure de rendez-vous ; les mères viennent au fur et à mesure avec leurs enfants et attendent leur tour en s'installant à même le sol sur leur pan de tissu, dans une ambiance conviviale.

En attendant la séance, elles s'attellent à la partie de la rééducation de leur enfant qu'elles peuvent faire elles-mêmes : postures en cas de déformations type genu varum/valgum, gymnastique orthopédique en cas d'IMC. La kinésithérapeute, en début de prise en charge, enseigne aux mères certains gestes

faciles à reproduire et qui aident dans la rééducation du patient ; en effet, ici, les kinésithérapeutes sont en sous-effectif, et les enfants à l'inverse sont nombreux. Il s'agit donc d'éducation thérapeutique, à la charge de la mère, l'enfant ne pouvant s'y astreindre seul en raison de son jeune âge.

La séance se déroule ensuite classiquement, avec prise en charge de la douleur et des déficiences du patient. Notons le rôle essentiel de la mère, qui canalise l'enfant et amène elle-même son enfant sur la table. Nous observons une communication et des échanges importants entre le thérapeute et la famille de l'enfant, ainsi qu'entre les familles elles-mêmes ; certains enfants plus âgés ont à charge la stimulation

Figure 2 : article page 2



et l'encadrement des plus jeunes.

Lors de la séance, la kinésithérapeute nous expliquait la situation clinique du patient. Dans le cas de déformations orthopédiques en cours de correction, nous réalisons des massages, des mobilisations passives et des exercices de renforcement musculaire. Dans le cas de patients atteints d'IMC, nous travaillons surtout par la gymnastique orthopédique, les mobilisations passives et par les niveaux d'évolution motrice (NEM). En fin de matinée, nous organisons des séances de stimulation et de gymnastique collectives, dans la cours du centre. Nous rassemblions les enfants, et avec l'aide des mères, nous leurs faisons pratiquer un entretien articulaire et musculaire en passant par le jeu. Cette activité nous a beaucoup aidées dans notre insertion au centre.

Les thérapeutes, les mères et les patients nous ont accueillies avec confiance, et curiosité. Bien que beaucoup d'entre eux ne parlaient pas français, la communication a pu s'établir par la patience, l'écoute et quelques coups de pouce de la

kinésithérapeute, parlant français couramment. Nous avons progressivement eu à charge nos propres patients, pour leurs bilans et leurs traitements, même si le plus souvent nous ne pouvions suivre du début à la fin leur rééducation de part la courte durée de notre séjour.



### L'ORPHELINAT LA PROVIDENCE

Les actions envers l'orphelinat se divisaient en deux types ; d'une part la contribution financière annuelle, qui cet été a ainsi permis la construction d'une clôture augmentant la protection des enfants, et d'autre part les activités ludiques et d'échanges qui avaient lieu tous les après-midi.

Certains membres du groupe, le matin, s'y rendaient pour animer des cours scolaires, durant lesquels nous réalisions des synthèses ou des compléments de cours que les enfants avaient vu pendant l'année. Il n'y a pas de correspondance entre l'âge et la classe scolaire ; beaucoup d'enfants ont un retard scolaire, surtout dans ce contexte d'enfants orphelins, ce qui crée des classes très diversifiées.

Nous nous rendions tous les après-midi à l'orphelinat avec

l'intégralité du groupe. Soit nous planifions à l'avance des activités (chasse au trésor, compétitions sportives), soit nous arrivions et nous adaptions à ce que les enfants souhaitaient faire. Nous étions souvent répartis en groupe d'âge et de sexe, surtout chez les plus grands. Mais chacun a pu se tourner vers les jeunes avec lesquels il possédait le plus d'affinités, ce qui a contribué à une ambiance équilibrée et festive.

Vers la fin de notre séjour, nous nous sommes occupés de l'achat de nourriture pour l'orphelinat avec une partie de l'argent récolté lors de l'année. Le dernier jour, avant de partir, nous avons partagé un grand repas avec les enfants et les gérants de l'orphelinat, qui nous ont ensuite témoigné la joie d'avoir partagé ces moments avec nous par des danses et des lettres de remerciement.

### LA PART TOURISTIQUE DE NOTRE SEJOUR

Au cours de ces trois semaines, nous avons eu l'occasion, les dimanches, de pouvoir visiter la région. Nous sommes donc allés découvrir la capitale, le bord de mer, la Route des Esclaves, les institutions et bâtiments vaudous entre autres. Nous étions aussi, de part notre collaboration avec celle-ci, régulièrement convoqués à la mairie pour le suivi de notre séjour et pour participer à certaines actions administratives. Du fait que l'association se rende à Lokossa depuis maintenant six ans, elle a lié contact avec des habitants de la ville, qui nous accompagnent et nous aident au quotidien.

Connaître ces gens nous a permis d'en apprendre beaucoup sur la culture béninoise et sur ses coutumes. Il s'agit d'un monde à mi-chemin entre ses avancées modernes et sa volonté de conserver ses traditions, souvent mêlées à la religion, dans laquelle l'animisme a des influences. Nous avons, par exemple, pu assister à un enterrement vaudou qui, par ses caractéristiques culturelles et humaines, nous a permis de nous rendre compte très vite à quel point nos cultures diffèrent, et qu'elles ont beaucoup à apprendre l'une de l'autre.



Ce voyage résulte d'une organisation s'étalant sur plusieurs mois, indépendante du cadre scolaire. L'engagement associatif s'est fait en octobre 2010, avec une participation aux actions et aux réunions tout au long de l'année



scolaire. C'est l'association qui a essentiellement géré l'aspect logistique. Elle s'est occupée de la réservation des billets d'avion, et de l'obtention des visas. Il a fallu s'occuper personnellement du passeport et des vaccins.

De part son partenariat avec l'association, la mairie de Lokossa a assuré notre logement, dans une auberge au cœur de la ville. Nous étions logés à quatre personnes par chambre, qui comportaient lit, douche et WC, ainsi que climatisation. Il s'agissait d'un logement rudimentaire à nos yeux, mais qui comparé à d'autres bâtisses que nous avons pu voir, offrait un réel confort, et une vue sur toute la ville par la terrasse du toit.

Nous avons effectué nos déplacements essentiellement à pied ou en mobylettes, parfois en voiture lors des visites les week-ends. Il nous a fallu revoir les règles de base... là-bas, les piétons ne sont pas prioritaires, et casques et ceintures sont en option !

La difficulté dans l'organisation de ce séjour consiste en l'aspect financier. Ces trois semaines nous ont coûté à chacune environ 1300 euros, tout compris. La vie sur place a beau être peu chère, ce sont les transports internationaux qui constituent le plus gros du budget.

### UNE PRISE DE CONSCIENCE ET DE REcul

Par bien des côtés, nous avons été très agréablement surprises par l'organisation et le centre en lui-même. En tant que première expérience humanitaire, le cadre nous a permis une insertion douce dans le domaine, tout en nous permettant de prendre du recul face à nos habitudes européennes. Si à nos yeux le confort et l'hygiène semblent précaires, en comparaison de ce que nous avons pu voir lors du reste du séjour, le centre offre un niveau de prise en charge et d'accueil très respectable. Les critères de satisfaction ne sont pas les mêmes qu'en France. De cette constatation, il convient de réfléchir à la base d'une démarche humanitaire : ne pas imposer ses habitudes en souhaitant les transposer, mais offrir de nos spécificités ce qui peut leur permettre de progresser dans leurs façons d'entreprendre les choses ; ce qu'on nous enseigne en termes de pratique et de repères est intimement dépendant du contexte socio-culturel, et c'est en ayant conscience que l'on peut tirer un maximum d'apprentissage de ce genre d'expérience.

Mais avec le recul et l'approfondissement des connaissances dans le domaine de l'humanitaire, je me suis personnellement rendue compte d'une chose : que la frontière entre l'humanitaire et le « volontourisme » est rendue de plus en plus floue par bon nombre de nouveaux organismes qui proposent à prix coûtant des séjours mêlant actions caritatives et voyage de luxe et de confort. Selon le type de démarche que l'on souhaite entreprendre, cela permet de découvrir la nature de notre souhait initial : celui de l'autosatisfaction ou du réel don de sa personne à autrui, si tant est que cela soit possible. Ce qui m'a menée à prendre conscience, connais-

sant toutes les caractéristiques de ce voyage, qu'il ne tenait pas de l'action humanitaire pure ; malgré cela, il m'a enseigné en termes d'autonomie et d'humanité des leçons essentielles, et qui à mes yeux font de ce séjour une des meilleures expériences que j'ai vécues.



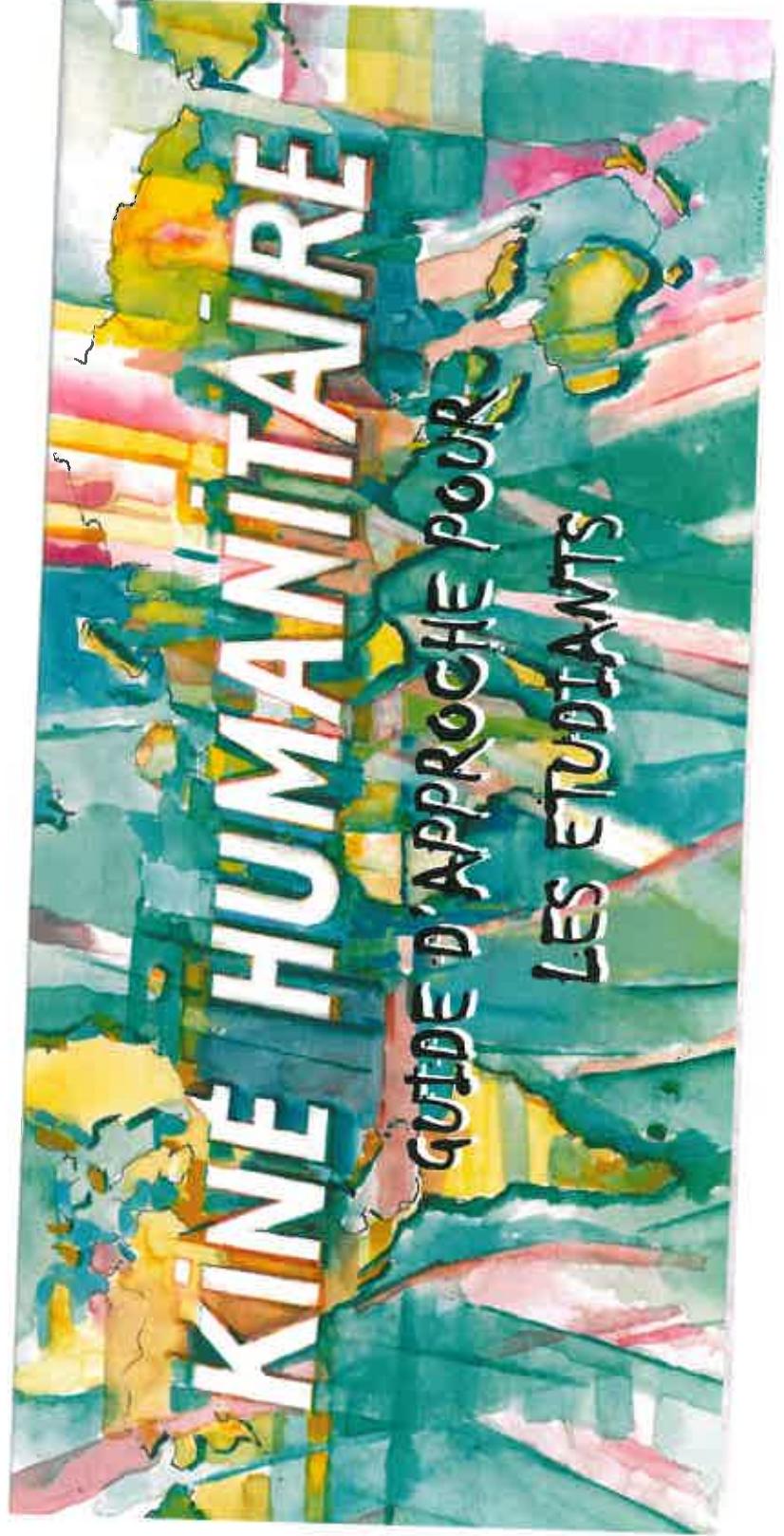
Article rédigé par Cécile PRUNIER  
Etudiante K3 à l'IFMK de Nancy

**ANNEXE VIII**

**Dépliant**

**Version finale avant évaluation**





# KINE HUMANITAIRE

GUIDE D'APPROCHE POUR  
LES ETUDIANTS



## LA KINESITHERAPIE HUMANITAIRE

La kinésithérapie humanitaire se développe principalement via les **Associations** et les **Organisations Non Gouvernementales (ONG)**. Les intervenants, qui ont pour but de **palier les déficits qualitatifs et quantitatifs** des terrains, ont lieu dans deux types de situations :

- ✓ **Purgere** (ense) : prise en charge en kinésithérapie et en ergothérapie, distribution d'aides techniques
- ✓ le **développement** (post-crise) : actions de prévention, de sensibilisation au handicap, et de formation de personnel soignant

La pratique humanitaire nécessite l'intégration de la notion de **contexte**, inhérent aux spécificités culturelles du terrain. Le schéma habituel d'**approche** et de **contact** occidental, ainsi que les objectifs spécifiques de traitement, doivent souvent être revus et adaptés aux situations rencontrées lors des interventions.

La spécificité des actions médicales et paramédicales humanitaires réside dans l'**adaptation**, la transposition de nos connaissances aux besoins et aux attentes rencontrées sur les terrains. Il s'agit de faire preuve de **participation ouverte** sans imposer nos courants de pensées.

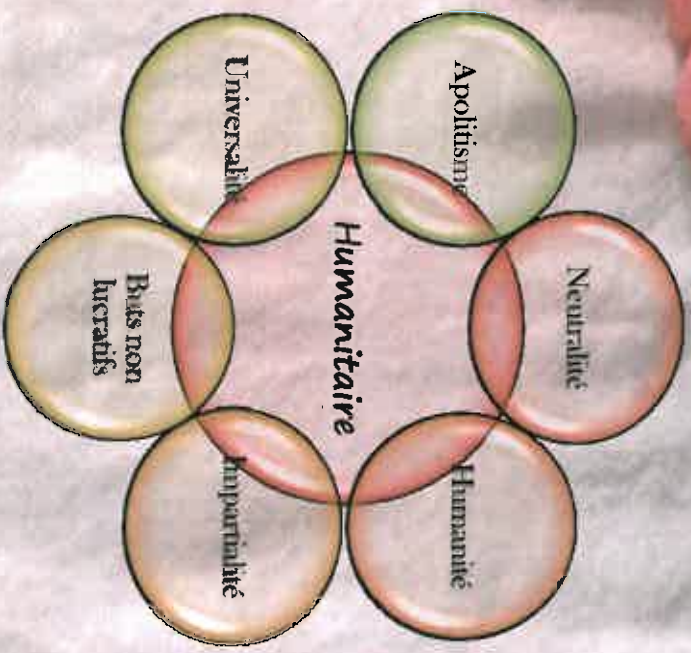
Il existe différents statuts d'exercice au sein des ONG : le **volontariat** et le **salariat**. Ces statuts dépendent :

- ✓ de la durée du contrat (**CDD** ou **CDI**)
- ✓ du lieu d'exercice : sur le **terrain** ou au **siège**

L'exercice humanitaire permet le **développement de capacités** dans les domaines de la **pratique de la kinésithérapie**, de la formation et de la gestion.

**Engager une ONG**, définie par l'OMS, de ce type d'exercice est fondamentalement dépendant de la durée d'engagement dans le milieu humanitaire.

## PRINCIPES D'ACTION DES ONG HUMANITAIRES



## LES TERRAINS D'INTERVENTION

Ils se répartissent à l'échelle mondiale, mais un grand nombre d'actions ont lieu en **Asie**, en **Afrique subsaharienne**, au **Moyen Orient**, en **Europe de l'Est** et en **Amérique du Sud**. Ces terrains peuvent présenter, outre la culture qui les distingue les uns des autres, une **insécurité** du système politique, économique et social et une exposition aux catastrophes naturelles, qui influent sur la qualité de

vie, les soins de santé, la sécurité et l'éducation de leurs populations.

## KINE HUMANITAIRE ... QUELLES ONG ? QUELS ORGANISMES ?

**H**andicap **I**nternational : [www.handicap-international.fr](http://www.handicap-international.fr)

**K**inés **D**u **M**onde : [www.kines-du-monde.org](http://www.kines-du-monde.org)

**M**édecins **S**ans **F**rontières : [www.msf.fr](http://www.msf.fr)

Le **C**omité **I**nternational de la **C**roix **R**ouge : [www.icrc.org/fr](http://www.icrc.org/fr) // [www.croix-rouge.fr](http://www.croix-rouge.fr)

## FORMATIONS ET RECRUTEMENT

Intégrer une ONG n'est pas aussi simple que ce que l'on peut penser, **la motivation sera le critère** principal.

**Beaucoup d'appelés, peu d'élus**

- **Démarques et critères de recrutement dans les ONG humanitaires**

Sortir le candidat postulé, soit il répond à une annonce de recrutement. Les **entretiens** ont lieu au siège de l'ONG. La sélection se base sur :

**L'expérience professionnelle** : **il ne s'agit pas de compétences** formelles, supérieures ou appréciées, les **habiletés** dans un domaine de la MBS, formation de **cadre**, master, etc.



**Le profil psychologique :** l'équilibre, l'humanité et la solidité mentale sont essentiels, ainsi que les capacités d'adaptation et de travail en équipe.

**L'expérience du voyage**

**La maîtrise des langues étrangères :** notamment l'anglais ou l'espagnol.

- **FORMATIONS :** quelques exemples :

**Masters :**

- M1 « Humanitaire et social », Institut Pedro de Béthencourt, Angers
- M1 et M2 « Action humanitaire internationale et ONG », UPEC, Paris
- M2 « Action humanitaire internationale », Université Aix-Marseille III, Aix en Provence

**Diplômes Universitaires :**

- DU « Actions humanitaires », Faculté de Médecine de Dijon
- DU « Humanitaire et Développement », Université Michel de Montaigne, Bordeaux

**Formations par les ONG après recrutement**

"Une expérience à vivre, un choix de vie à réfléchir"

**PETIT HISTORIQUE DE L'HUMANITAIRE**

**Motivations :** présence d'une forte emprise religieuse sur les actions de charité humaine.

**Siècle des Lumières :** apparition du terme d'**humanité**, qui s'ajoute à la démocratie.

**1859 :** Bataille de Solferino : suite aux horreurs qu'il y observe, le philanthrope **Henry Dunant** en témoigne et fonde la Croix Rouge en 1863, qui se développe parallèlement au **Droit International Humanitaire**.

**Suites des Première et Seconde Guerre Mondiales :** création de l'Organisation des Nations Unies, 58 de ses Etats membres adoptent la Déclaration Universelles des Droits de l'Homme.

Le terme « **Organisation Non Gouvernementale** » s'établit.

A cette même époque, la rééducation et réadaptation fonctionnelles se développent suite au nombre considérable de blessés de guerre.

**1970 :** naissance du « **sans-frontière** » avec la guerre du Biafra et la création de Médecins Sans Frontières.

Expansion de son succès avec la mise en place d'un grand nombre d'ONG et d'associations médicales et paramédicales, qui travaillent en croisé avec celles responsables du développement, de l'environnement et de la défense des droits de l'homme.

**IDÉES DE LECTURES** «

« **L'aventure humanitaire** », Jean Christophe Ruffin, Découvertes Gallimard

« **Le droit international humanitaire** », Patricia Bourrelle et Philippe Lagrange, Sciences politiques-droit, Collection Repères

« **L'Humanitaire, un business comme les autres ?** », Christian Troubat, A Dire Vivat, Larousse