

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

IMPORTANCE ET MODALITÉS DE
L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN RÉÉDUCATION :
APPLICATION DANS LE CONTEXTE
DE LA KINÉSITHÉRAPIE HUMANITAIRE

Mémoire présenté par Claire ROHR

Étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie

En vue de l'obtention du Diplôme d'État

De Masseur-Kinésithérapeute.

2013-2014.

SOMMAIRE

	Page
RÉSUMÉ	
1. INTRODUCTION	1
1.1. Pré-requis à l'étude.....	1
1.2. Méthodologie.....	2
2. L'ÉDUCATION, UN VECTEUR DE L'HUMANITAIRE DANS LE MONDE	2
2.1. Les grandes conceptualisations de l'éducation dans le secteur de la rééducation-réadaptation.....	3
2.1.1. Rappels sur l'éducation thérapeutique du patient en France.....	3
2.1.2. La santé communautaire et la réadaptation à base communautaire.....	5
2.1.3. L'ETP dans les pays en voie de développement.....	7
2.2. Le monde humanitaire.....	8
2.3. Les actions masso-kinésithérapeutiques humanitaires de développement : de la théorie à la pratique.....	10
2.4. Réflexion sur l'adaptabilité des masseurs-kinésithérapeutes, acteurs de la kinésithérapie humanitaire dans le monde.....	12
2.5. L'éducation en masso-kinésithérapie humanitaire : une nécessité.....	12
3. EXEMPLE D'UNE EXPÉRIENCE HUMANITAIRE AU BÉNIN	13
3.1. Caractéristiques du Bénin.....	13
3.2. Cadre du voyage.....	17
3.3. Particularités de la rééducation à Bethesda.....	17

3.3.1. Plan de traitement le plus fréquent	17
3.3.2. Conclusions d'analyse d'une séance de rééducation à Bethesda	18
3.3.3. La formation des accompagnants	19
3.4. La relation entre le praticien et « l'enfant-patient »	21
3.5. Conclusions de l'analyse de la différence entre deux cultures suite à notre séjour humanitaire	22
4. PARTAGE D'EXPÉRIENCE D'UN PROFESSIONNEL ET DÉBAT SUR LA PÉRENNITÉ DES ACTIONS D'AMIS D'GENS	23
4.1. Retour d'expérience d'un professionnel	23
4.1.1. Handicap International et l'éducation en masso-kinésithérapie	24
4.1.2. Témoignage d'un professionnel de l'humanitaire	24
4.2. Prise de conscience sur notre propre expérience	25
4.2.1. Analyse et autocritique de notre expérience et du statut d'ADG	25
4.2.2. Les évolutions possibles pour ADG	25
4.3. Conception du livret	27
5. ABOUTISSEMENT DE NOS VOIES DE RÉFLEXION	27
6. DISCUSSION	28
7. CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	
BIBLIOGRAPHIE INTERNET	
AUTRES RÉFÉRENCES	
ANNEXES	

RÉSUMÉ

Nous souhaitons étudier jusqu'où va l'éducation thérapeutique du patient et si ses modalités sont les mêmes partout. Nous commençons notre travail par un état des lieux de cette dernière. Nous débouchons alors sur la santé communautaire et décidons de nous intéresser à l'éducation des personnes en situation de handicap dans le monde, notamment à travers les actions humanitaires. Nous avons eu l'opportunité de partir au Bénin en juillet 2013 avec Amis d'Gens, une association étudiante nancéenne. Nous avons assisté des masseurs-kinésithérapeutes au centre pédiatrique de Bethesda et leur avons apporté du matériel de rééducation et d'appareillage. Suite à l'analyse de cette expérience, nous contactons un kinésithérapeute professionnel de Handicap International afin d'en apprendre plus sur les pratiques humanitaires et d'appuyer nos conclusions. Il ressort de cet entretien une réflexion et des pistes d'ouvertures éventuelles qui permettraient à l'association de s'inscrire dans une démarche pérenne de développement. Dans l'optique d'éduquer et de former nous aussi, en nous basant sur la préparation de notre séjour et en exploitant les informations recueillies, nous proposons un livret à destination des futurs étudiants en kinésithérapie volontaires à partir au Bénin dans le même contexte que nous.

L'éducation du patient en rééducation est primordiale pour assurer la pérennité des bénéfices engendrés par les actes de masso-kinésithérapie.

Mots-clés : *éducation thérapeutique, humanitaire, développement, réadaptation à base communautaire, kinésithérapie*

Keywords : *humanitarian, development, community-based rehabilitation*

1. INTRODUCTION

1.1. Pré-requis à l'étude

Nous avons remarqué lors de nos différents stages, qu'après une amélioration de son état de santé, le patient reprend quelquefois contact avec son masseur-kinésithérapeute pour « une douleur qui est revenue » ou car il « a encore quelque chose ». En le questionnant sur ses pratiques quotidiennes, nous nous rendons vite compte qu'il n'a pas une hygiène de vie satisfaisante, ou qu'il ne suit pas les conseils ou les exercices qui lui ont été donnés spécifiquement pour sa pathologie. Il semble que l'éducation du patient, de par la responsabilisation et l'autonomisation qu'elle engendre, est l'élément essentiel pour optimiser les effets de la rééducation dans le temps.

Nous souhaitons étudier ce champ de la profession de masseur-kinésithérapeute dans notre mémoire, en analysant nos pratiques et observations professionnelles, et notamment notre brève expérience en kinésithérapie humanitaire au Bénin en juillet 2013. Il nous est apparu que, là-bas également, l'éducation du patient était présente, mais se mettait en place différemment.

Nous voulons voir l'importance prise par l'éducation thérapeutique et ses modalités dans différentes parties du monde.

Nous commençons notre développement par un état des lieux de l'éducation thérapeutique du patient, en mettant en évidence le lien entre l'éducation et le monde de l'humanitaire. Suite à une réflexion sur notre expérience pratique et une rencontre avec un professionnel de l'humanitaire, nous décidons de participer nous aussi au processus d'information et d'éducation, non pas du patient cette fois-ci, mais des étudiants kinésithérapeutes désirant faire de l'humanitaire.

1.2. Méthodologie

Les bases de recherche traditionnelles comme Pubmed, Pedro, EM Consulte, Cochrane, ne donnent pas de résultats en lien direct avec notre sujet d'étude, compte-tenu du fait qu'il ne traite pas d'un thème entièrement scientifique. Nous nous sommes donc appuyée sur des échanges avec des professionnels ainsi que sur la littérature grise.

Première partie : Nous avons trouvé des ouvrages intéressants dans les bibliothèques et via les sites Google Scholar et Cairn info. Les sites de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Régionale de Santé (ARS) nous ont également beaucoup aidée. Nous avons également trouvé des informations sur le site de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) avec le mot-clé « community-based rehabilitation » ; le document a été retenu d'après la pertinence de son titre.

Deuxième partie : Nous nous sommes basée sur notre voyage au Bénin, les informations récoltées auprès des masseurs-kinésithérapeutes de Bethesda et des locaux et sur le site de l'OMS.

Troisième partie : Nous avons exploité notre entretien avec un professionnel de l'humanitaire ainsi que les documents fournis par ce dernier afin de mener une réflexion aboutissant à la réalisation du livret.

Quatrième partie : Nous avons dressé un bilan de notre travail.

2. L'ÉDUCATION, UN VECTEUR DE L'HUMANITAIRE DANS LE MONDE

En tant que future masseur-kinésithérapeute, nous voyons l'éducation du patient comme indispensable à son cursus de soins. Effectivement, tout projet sera mené en vain si le patient ne se sent pas concerné par l'amélioration de son état de santé. Nous menons ici une réflexion sur la part prise par l'éducation dans la kinésithérapie humanitaire.

2.1. Les grandes conceptualisations de l'éducation dans le secteur de la rééducation-réadaptation

Suivant les secteurs géographiques, il existe différentes manières d'aborder l'éducation dans le domaine de la santé. Nous nous intéressons aux éléments qui ont mis en avant l'importance de celle-ci, devenue aujourd'hui une priorité dans le domaine médical mais aussi paramédical, avec un focus particulier sur notre future profession.

Le vocabulaire désignant (entre autres) l'éducation du malade varie d'un endroit à l'autre : éducation thérapeutique du patient, santé communautaire, réadaptation à base communautaire. Ces trois concepts peuvent être regroupés sous le terme plus général d'éducation en santé. Nous souhaitons les développer individuellement.

2.1.1. Rappels sur l'éducation thérapeutique du patient en France

Selon l'OMS, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Le but est donc d'apprendre à vivre avec sa pathologie. Le synonyme Nord-Américain nous semble plus sensé : « empowerment », signifiant plutôt « redonner du pouvoir aux gens sur leur maladie » ; au-delà du savoir et du savoir-faire, il s'agit donc du « pouvoir-faire ». L'ETP est multidisciplinaire, continue, intégrée aux soins, individualisée et centrée sur le patient qui est actif dans sa prise en charge (fig. 1). Attention, tout professionnel de santé peut, à n'importe quel moment, apporter des explications au malade afin de l'informer sur son état et sur sa maladie, sans que cela ne soit systématiquement de l'ETP, notamment du fait que le corps médical et les masseurs-kinésithérapeutes [1] sont soumis à une obligation d'information des patients concernant leur état de santé.

Elle est initiée et coordonnée par tous les professionnels médicaux et paramédicaux encadrant le patient qui n'en reste pas moins l'acteur principal. L'intégration de ses proches au programme d'ETP est indispensable s'ils doivent un jour assurer le confort et les soins du patient. Il en est de même pour tous les aidants impliqués auprès de lui (infirmière à domicile par exemple).

L'ETP est régie en France par des textes réglementaires, à savoir le code de la santé publique, articles L1161-1 à 6 notamment, ainsi que des arrêtés et décrets. La mise en place des programmes d'ETP doit être prescrite par un médecin et soumise à l'approbation des agences régionales de santé. Ces programmes sont évalués par la HAS.

Il existe des formations (diplômes universitaires, masters) dédiées à l'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé. Parallèlement à cela, l'étiquette « d'éducateur thérapeutique » commence à se développer ; c'est une bonne chose pour le soignant qui gagne en spécialisation sur le sujet, mais il ne faudrait pas que cela dissuade les autres praticiens qui n'ont pas fait la formation de pratiquer l'ETP. Tout le corps médical et paramédical doit se sentir concerné par l'éducation du patient.

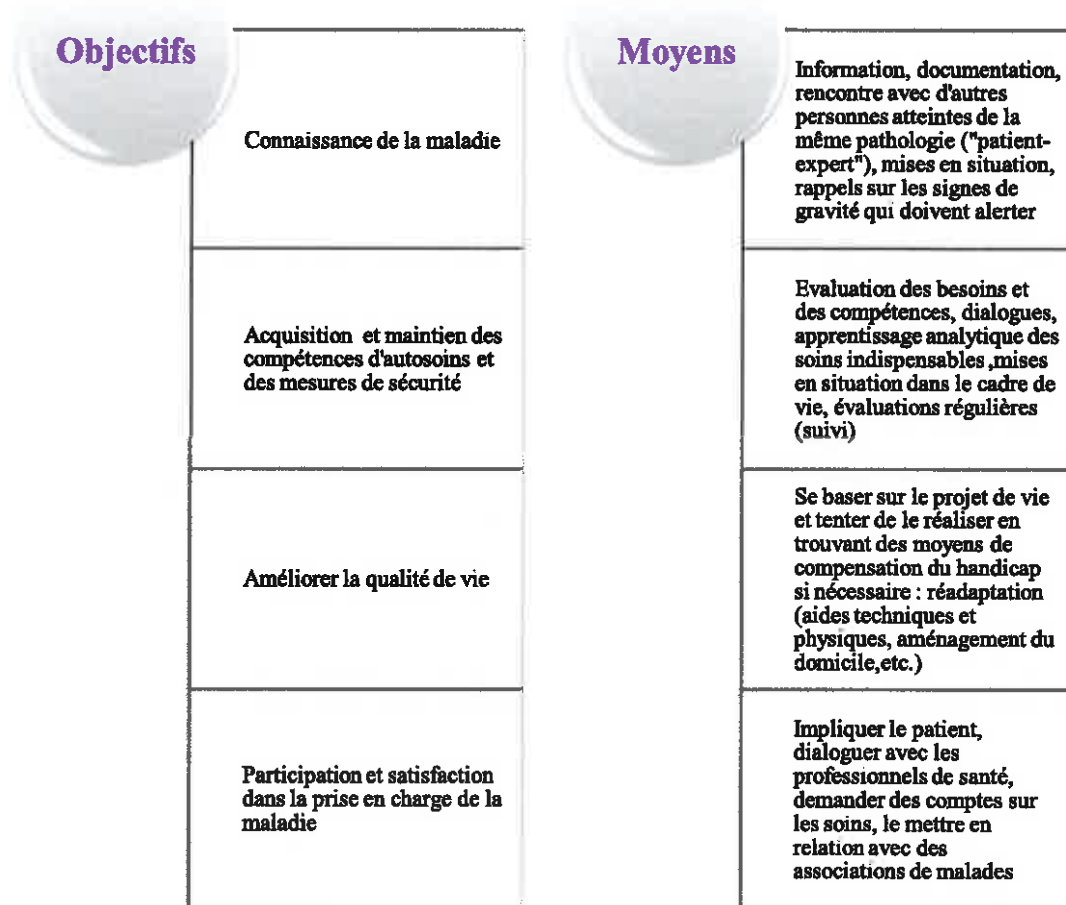


Figure 1 : ETP, objectifs et moyens principaux. [2]

L'ETP est mise en œuvre selon des étapes précises recommandées par la HAS [3] (Annexe I, fig. 1).

De nouvelles façons de pratiquer l'ETP voient le jour comme les Unités Transversales pour l'Education du Patient (UTEP) dans les établissements de soins, les réseaux de santé composés de professionnels libéraux et d'hospitaliers se mettant d'accord sur un protocole coordonné centré sur le patient [4], les associations spécialisées (exemple : AFDET [5])...

L'ETP est également envisagée comme une solution partielle et potentielle pour limiter les coûts liés à la santé. L'éducation aurait alors un rôle préventif et permettrait de diminuer à long terme le nombre d'actes dispensés pour traiter les maladies qui auraient pu être limitées ou évitées [6].

2.1.2. La santé communautaire et la réadaptation à base communautaire

➤ La santé communautaire

Pour aider les pays, notamment ceux aux moyens les plus limités, à améliorer leur système de santé, les instances internationales spécialisées dans ce domaine ont mis en place le concept de santé communautaire [7].

L'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) - OMS définissent la santé communautaire comme : « un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté » [8]. C'est donc un concept de participation active d'une population voulant parfaire son système d'accès aux soins. Pour ce faire, sont créés des postes d'agents de santé communautaire (fig. 2, 3).

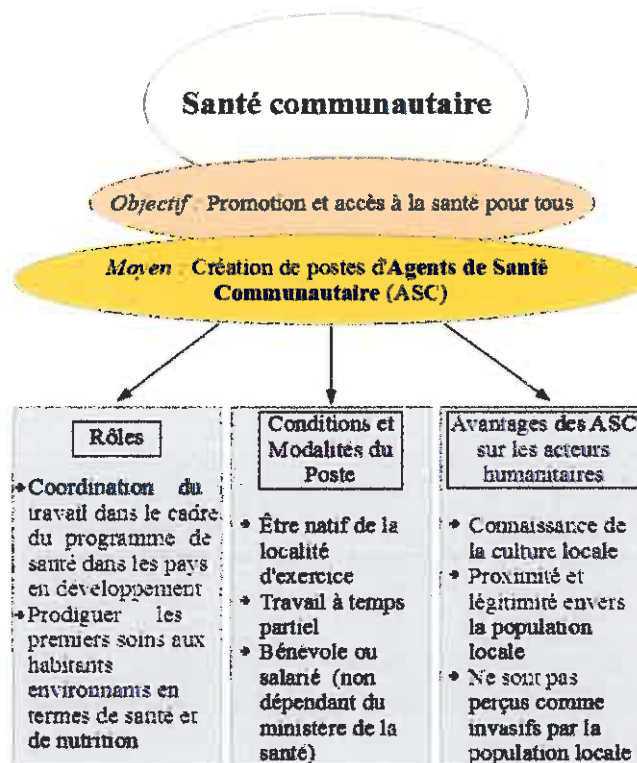


Figure 2 : La santé communautaire et le métier d'agent de santé communautaire



Figure 3 : Tâches des ASC énumérées lors de la conférence d'Alma Ata (1978) [9]

Historiquement, la santé communautaire est donc perçue comme le premier pas vers l'éducation des malades au niveau mondial. Les populations ainsi sensibilisées pourraient améliorer leur autonomie et la prise en charge de leur propre maladie. Cela impliquerait une plus grande participation de la communauté au système de soins.

➤ La réadaptation à base communautaire

La Réadaptation à Base Communautaire (RBC) est « une stratégie faisant partie du développement communautaire général qui vise à la réadaptation, à l'égalité des chances et à l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées » [10]. La RBC a été mise en place car les personnes handicapées sont encore trop souvent les personnes les plus oubliées par les pays [11]. En effet, leur situation ne présente pas toujours un danger vital, mais elles sont malgré tout souvent délaissées et marginalisées par la société qui, dans certaines régions, rejette encore le handicap.

La RBC est organisée selon différents niveaux dans la société. Au niveau national, les ministères impliqués et leurs éventuels partenaires financent et coordonnent le programme de RBC. Au niveau intermédiaire (districts), les responsables du projet mettent en œuvre le suivi du programme, le soutien et la formation des ASC, la liaison entre les communautés et les ressources, etc. Au niveau des communes, la RBC se base sur un comité de développement communautaire existant ou sur une structure dirigée par le chef du village ou le maire de la ville. Ce comité a pour rôle de répondre aux besoins des personnes handicapées de la communauté. C'est à ce niveau que se trouvent les principaux acteurs de la RBC : les agents communautaires pouvant être des personnes handicapées et leurs familles, en particulier les parents [12], des associations de personnes handicapées, des enseignants, des professionnels de santé et des agents de services de soins, des travailleurs sociaux, etc. [10]

2.1.3. L'ETP dans les pays en voie de développement

La RBC représente en soi une forme d'ETP dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation puisqu'elle cherche à améliorer les conditions de vie des personnes en situation de handicap tout en les sollicitant dans leur traitement et en les incluant dans leur communauté.

Que ce soit à l'échelle de la santé en général ou à celle de la rééducation-réadaptation, nous remarquons que la sensibilisation de la communauté à tous ses niveaux est essentielle à la mise en place d'un système « alternatif » de soins stable et adapté à la situation matérielle et humaine de la région concernée. Or cette sensibilisation de la communauté s'effectue par l'éducation de chacun de ses acteurs, ce qui met en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique dans le développement de programmes tels que la santé communautaire et la RBC. Ainsi, ces démarches communautaires incarnent les vecteurs de l'ETP dans les pays en voie de développement.

Cependant, ces actions locales manquent souvent de moyens intrinsèques (exemples : manque de moyens humains, financiers et matériels) pour concrétiser leurs projets. Ceci explique l'expansion de l'humanitaire via des organisations nationales ou internationales de développement.

2.2. Le monde humanitaire

D'après le Ministère des Affaires Étrangères : « L'action humanitaire vise à secourir les populations vulnérables, là où leur vie est menacée, où leurs besoins vitaux ne sont plus satisfaits, où leurs droits les plus élémentaires sont bafoués » [13]. Ses principes fondamentaux sont l'impartialité, la neutralité, l'indépendance et l'humanité. Il s'agit avant tout de ne pas nuire et de porter assistance aux populations dans le besoin. Nous distinguons deux types d'interventions humanitaires : celles d'urgence et celles de développement.

Nous parlons de missions d'urgence lorsque l'action humanitaire est entreprise immédiatement après l'événement déclenchant l'état de crise ; l'objectif est alors de sauver des vies, éviter l'aggravation de la situation et subvenir aux besoins immédiats de la population.

Lors des programmes humanitaires de développement, le but escompté est d'arriver à l'autonomie de la population touchée dans de bonnes conditions sanitaires et sociales ainsi que l'amélioration du système de santé et des soins ; les méthodes d'action reposent donc sur la participation sociale. L'appui des pouvoirs publics locaux et des instances coutumières sont sollicités et une convergence est si possible établie avec les politiques nationales [14]. En kinésithérapie, nous intervenons principalement à cette phase, la rééducation ne constituant pas un soin vital immédiat mais améliorant significativement la qualité de vie des victimes à plus ou moins long terme.

Comme l'explique B. Husson, un économiste français reconnu pour ses travaux sur le développement et la coopération : « Passer de l'urgence au développement, c'est passer d'une action sur les symptômes à une action sur les causes » [15]; même si le passage de l'un à l'autre reste le plus souvent théorique étant donné que les deux phases ne se distinguent pas forcément de manière isolée.

Les moyens humanitaires mis en place sont régis par les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les organisations internationales, les institutions privées, et les états. Les financements proviennent pour environ 70% des donateurs privés, les 30% restants venant des institutions internationales (bailleurs de fonds principalement) et des états. Les principales ONG sont Handicap International, Kinés Du Monde et Médecins Sans Frontières [16].

Toutes les actions humanitaires entreprises dans les cas de conflits armés sont règlementées ; elles relèvent du Droit International Humanitaire (DIH). Ce DIH ne prétend pas empêcher ou contrôler une guerre mais protège contre les effets de celle-ci [14]. Au-delà de droit international public, nous entendons parfois parler du droit d'ingérence. Celui-ci permet aux organisations humanitaires d'intervenir dans un pays sans son consentement si elles considèrent qu'il y a violation des Droits de l'Homme ; tout état étant tenu à un devoir de protection envers sa population. Il reste néanmoins très controversé.

L'humanitaire tel que défini ici, possède de nombreux domaines d'activités (protection des victimes, de l'environnement, défense des droits des Femmes, etc.). En se focalisant sur les actions humanitaires de développement dans le secteur de la santé, nous remarquons que la kinésithérapie y tient un rôle essentiel.

2.3. Les actions masso-kinésithérapeutiques humanitaires de développement : de la théorie à la pratique

De nos jours, les ONG de développement envoient des thérapeutes formateurs dans les pays recevant de l'aide. Il s'agit d'éduquer et de guider les patients dans leurs soins sur le terrain et finalement, de former du personnel médical et paramédical sur place afin de prendre le relai des expatriés une fois la mission terminée.

Les missions de développement ont souvent été menées suivant un schéma « du sommet vers la base », c'est-à-dire pensées par des décideurs loin de la situation et conçues sans impliquer les membres de la communauté concernée [17], le but étant d'être efficient le plus rapidement possible (mission limitée dans sa durée). Les situations anciennes dans lesquelles les locaux ne voyaient pas cette assistance d'un très bon œil étaient donc justifiées dans le sens où ils « subissaient » l'aide apportée. Ce problème d'entendement interculturel prend tout son sens quand il s'agit de la formation continue. Une action de développement n'est guère utile que lorsqu'elle permet de transmettre, pérenniser et diffuser ces apprentissages ultérieurement. Cela semble impossible sans l'implication de la population.

Aujourd'hui, une approche transversale (fig. 4) s'avère bénéfique. Les humanitaires s'associent avec les écoles de kinésithérapie ou autres centres de formations locaux qui prendront soin d'intégrer les « nouveaux gestes » à leurs cursus. Les humanitaires, en plus de former du personnel, enseignent ainsi aux thérapeutes les spécificités requises pour entrer dans un cercle vertueux de développement autonome du savoir (fig. 5). Force est donc de constater que plus encore que les infrastructures, ce qui manque aux pays en développement dans le secteur de la santé, c'est le capital humain qualifié.



Figure 4 : Cycle d'une mission humanitaire de développement dans le cadre de la RBC : quand les humanitaires travaillent avec la communauté [17]

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins - Faciliter l'orientation et assurer le suivi - Encourager les activités de réadaptation <ul style="list-style-type: none"> * Assurer une intervention précoce pour le développement de l'enfant * Encourager l'autonomie fonctionnelle * Aider aux modifications de l'environnement * Etablir des liens avec les groupes d'entraide - Développer et distribuer des ressources documentaires - Assurer la formation |
|---|

Figure 5 : Exemples d'actions menées lors d'un programme de RBC [18]

Ces éléments concourent tous à montrer l'importance du rôle de l'éducation dans la sortie de la spirale du « mal développement » : éduquer consiste dans ce cas, non pas en un processus homogénéisant revenant à asséner un savoir, mais à donner la capacité de prendre son destin en mains en se basant pour cela sur les caractéristiques, les atouts et les ressources de la communauté.

2.4. Réflexion sur l'adaptabilité des masseur-kinésithérapeutes, acteurs de la kinésithérapie humanitaire dans le monde

Un masseur-kinésithérapeute exerçant dans son pays d'origine s'adapte naturellement aux pathologies et patients auxquels il est confronté. Au-delà des variations de situations, de personnalités voire de milieux sociaux, le patient et le thérapeute évoluent communément dans une même culture qui leur donne une base de dialogue et de compréhension mutuelle. Dans ce contexte, l'adaptation intra-culturelle qui reste nécessaire apparaît comme naturelle.

En revanche, le masseur-kinésithérapeute en mission humanitaire à l'étranger doit faire un effort conscient d'adaptation envers un milieu parfois très éloigné de ce dont il est familier. Il évolue en effet dans des milieux culturels et professionnels, une société, qui ne sont pas les siens et dans lesquels son intervention peut être perçue comme invasive par les populations autochtones [19]. Le thérapeute doit alors faire preuve d'une adaptation inter-culturelle d'autant plus réfléchie qu'elle est la principale condition de sa bonne relation avec les patients.

La prise de conscience de ces deux approches nous pousse à réfléchir sur la condition du masseur-kinésithérapeute en général. Il en ressort que sa qualité majeure est son adaptabilité ; c'est un critère essentiel pour une prise en charge effective basée sur un entendement mutuel. Ainsi les acteurs de la kinésithérapie humanitaire, chez qui les qualités d'adaptation, de résistance physique et de bon relationnel doivent être décuplées, pourraient incarner une figure emblématique quant aux qualités humaines requises par notre profession.

2.5. L'éducation en masso-kinésithérapie humanitaire : une nécessité

Le terme d'éducation est synonyme d'apprentissage, de formation, et même de savoir-vivre [20]. Nous entendons dans notre profession le savoir-vivre comme le « savoir-prendre-soin-de-sa-santé ». Le kinésithérapeute comme tous les autres professionnels de santé, a sa place dans cette éducation nécessaire au patient pour prendre soin de sa santé, et aura pour objectif d'amorcer un changement d'habitudes et de mode de vie pour coïncider avec la demande d'autonomie du patient et de la prise en main de sa propre santé ou de sa maladie. Nous retrouvons bien là le concept d'ETP.

Lorsque le kinésithérapeute ne peut envisager une situation finale de traitement correspondant aux souhaits du patient, il doit faire évoluer le projet de ce dernier afin que l'action thérapeutique ne soit pas vécue comme un échec. Dans le cas d'une situation humanitaire, le thérapeute expatrié doit effectuer la même démarche : tenter de faire évoluer la situation dans le bon sens en faisant des concessions pour que tout se passe bien et éviter de mettre les autochtones en situation d'échec. Ainsi le rééducateur exerçant dans son pays d'origine, comme le rééducateur en humanitaire, à défaut d'être les réparateurs voire les sauveurs, peuvent devenir les témoins d'une vie possible à construire, avec ses équivalences, ses compensations, ses aménagements, ses astuces, etc. [21] en se servant de l'éducation comme instrument premier de leurs actions.

Dans l'optique d'illustrer notre développement, nous proposons une analyse d'une expérience humanitaire personnelle de trois semaines en juillet 2013. Nous avons suivi des masseurs-kinésithérapeutes au sein du centre pédiatrique de Bethesda à Lokossa, au Bénin. Nous avons remarqué l'omniprésence de l'éducation durant les séances de rééducation.

3. EXEMPLE D'UNE EXPÉRIENCE HUMANITAIRE AU BÉNIN

3.1. Caractéristiques du Bénin

Situations géographique et démographique : le Bénin est un pays du Golfe de Guinée, comptant 10,05 millions d'habitants, et dont 49% de la population a moins de 15 ans. Plus de 30% des habitants vivent en-dessous du seuil de pauvreté. [22]

Economie : basée essentiellement sur l'agriculture vivrière (maïs, manioc, haricots, igname, arachides, canne à sucre) et le marché du coton. Le nombre d'ONG au Bénin, tous domaines d'activités confondus, est estimé à 10 000 [23].

Epidémiologie : Les affections non transmissibles sont pour la majorité dues au fait que la population ne consomme presque que les aliments qu'elle cultive. Cela peut expliquer

les carences recensées (monotonie des repas, malnutrition), et par conséquent les déformations orthopédiques observées dès la naissance chez de nombreux enfants. Nous entrons alors dans un cercle vicieux dont les conséquences [24] s'alourdissent peu à peu (fig. 6). Le pays est également très touché par les maladies transmissibles (paludisme, VIH/Sida et infections sexuellement transmissibles, tuberculose).



Figure 6 : Conséquences physiques dues à la malnutrition

Organisation du système de santé (fig. 7) :



Figure 7 : Organisation du système de santé béninois

Depuis décembre 2011, le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) commence à s'implanter dans le pays ; le but est la prise en charge des soins sanitaires usuels pour promouvoir l'accès à la santé pour tous en palliant à la pauvreté comme cause des maladies [25]. Le territoire est théoriquement bien couvert en terme d'infrastructures, mais le

taux de fréquentation des établissements de santé reste faible (34% selon l'Annuaire statistique 2006). Évidemment, les personnels médicaux et paramédicaux pratiquent dans les villes (meilleures conditions de travail), et restent extrêmement rares dans les campagnes, obligeant la population à effectuer des distances parfois importantes pour consulter.

Nous constatons une pénurie dans les professions de santé (nombre de médecins au Bénin plus faible que la moyenne africaine), notamment les masseur-kinésithérapeutes qui sont très rares sur le territoire (dernières données statistiques de l'OMS).

➔ *Système de soins béninois fragile et globalement peu performant.*

Contexte culturel :

✓ *L'omniprésence de la médecine traditionnelle :*

Tableau I : Caractéristiques de la médecine traditionnelle

Définition selon l'OMS	« La médecine traditionnelle se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé » [26].
Incidence	80% de la population en Afrique.
Manifestation au Bénin	Le Vaudou
But et pratiques	Le but est de soigner le corps mais aussi l'âme et l'esprit à travers rites, incantations, sacrifices d'animaux et danses.
Précaution à prendre	Toujours mesurer le rapport bénéfice / risque.
Paradoxe	Entre la demande des peuples africains à disposer des soins de la médecine moderne occidentale, et l'ancrage de la médecine traditionnelle dans leur culture, restant de loin la première démarche effectuée par les patients et leurs familles.
Conséquences en rééducation	Les enfants ayant des déformations orthopédiques des membres inférieurs voient leur pronostic fonctionnel compromis lorsqu'ils découvrent la kinésithérapie, ayant attendu trop longtemps pour commencer la rééducation (fixation des déformations dans le temps). La kinésithérapie commence seulement à gagner en crédibilité et à se développer dans la population béninoise (bouche-à-oreille).

✓ *Le manque de communication :*

En kinésithérapie, la communication est restreinte aux consignes expresses données par le thérapeute à l'enfant. Cela est en partie dû au malaise que provoque encore le handicap dans la société béninoise. En effet, les parents ont longtemps culpabilisé d'avoir un enfant désavantagé socialement et avaient tendance à le cloîtrer honteusement chez eux (marginalisation), pensant que la naissance d'un bébé handicapé était une punition divine ou un sort jeté par quelqu'un de malveillant. De nos jours, le pays commence seulement à s'émanciper de cette manière de penser, d'où la discrétion des rééducateurs qui tentent d'éviter de faire remonter des sentiments parfois à vif et encore potentiellement douloureux.

Le deuxième élément à prendre en compte est le faible taux de scolarisation de la population (45% [27]). Les thérapeutes, qui eux ont suivi une formation médicale, auraient des difficultés à se faire comprendre des mères quant aux principes de base de la rééducation des enfants. Non pas que la population béninoise soit ignorante, mais sans un minimum de culture scientifique, l'abord du corps humain ne semble pas chose aisée.

✓ *Le rapport à la douleur :*

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion » [28]. Elle n'est pas perçue de la même manière d'un continent et d'une culture à l'autre.

Au Bénin, les médicaments étant très onéreux, la population n'y a que rarement accès, antalgiques compris. À Bethesda, ils sont quasiment inexistantes ; les enfants souffrant demeurent donc sans traitement, si ce n'est quelques rares soulagements engendrés par des agents physiques (lampe infra-rouge). La pénurie de médicaments expliquerait que les enfants béninois ont un seuil de tolérance à la douleur nettement plus élevé qu'en France. D'après une étude intitulée « Représentation socio-culturelle de la douleur au Bénin » [29], la perception de la douleur serait corrélée à l'ethnie des patients. Avec plus de 60 ethnies dans ce pays, cela ouvre des perspectives de recherche du vécu douloureux propre à chacune d'entre elles.

3.2. Cadre du voyage

Nous sommes partie avec l'association étudiante Amis d'Gens (ADG) au sud-ouest du Bénin, dans la commune de Lokossa, dans le département du Mono. Nous y avons assisté les masseurs-kinésithérapeutes au sein du centre de rééducation pour enfants de Bethesda. C'est une expérience qui nous a confronté à une réalité que nous commençons à connaître - la rééducation - mais dans un environnement totalement différent de celui auquel nous sommes habituée. (Annexe II, fig. 1 [30],2 [31] [32] [33],3 [34])

3.3. Particularités de la rééducation à Bethesda

Évidemment, les conditions d'exercice par rapport à la France sont très différentes : le matériel plus vétuste et une culture thérapeutique qui apparaît éloignée de la nôtre font que le premier contact avec le terrain peut être déroutant. Le vrai intérêt de l'expérience a été pour nous d'observer cette imbrication entre similitudes et différences. Nous en venons alors à percevoir ce qu'il peut y avoir d'inhérent à la kinésithérapie elle-même et ce qui résulte du contexte local. Cela permet en retour de nous interroger sur la discipline telle qu'elle est pratiquée en France.

3.3.1. Plan de traitement le plus fréquent

Les séances de kinésithérapie sont quotidiennes pour les pensionnaires du centre. Le plus souvent, le traitement initial se résume à la technique des plâtres successifs pour réduire les déformations orthopédiques. À l'ablation des plâtres, il faut rééduquer les membres ankylosés et atrophiés par l'immobilisation. Dans son atelier, l'appareilleur conçoit les orthèses et aides techniques nécessaires aux enfants du centre avec des matériaux récupérés et des plaques thermoformables afin de suppléer et de sevrer des plâtres en temps voulu.

Des bilans sont faits à l'arrivée des enfants dans le centre. Il n'existe cependant pas de suivi écrit des actes réalisés et des séances, sauf pour les patients externes à qui les thérapeutes remettent un petit carton avec la date du prochain rendez-vous [34].

3.3.2. Conclusions d'analyse d'une séance de rééducation à Bethesda

Dans le cas des déformations orthopédiques, le traitement commence par un massage dans le but d'une première prise de contact physique et antalgique. Nous retrouvons l'utilisation de mobilisations actives aidées avec des manipulations de décoaptation, ainsi que des postures. Les muscles faibles et amyotrophiés par la pose du plâtre sont stimulés dans la cadre du renforcement musculaire. Concernant les pathologies neurologiques, le traitement de fond est similaire, avec un recours aux Niveaux d'Évolution Motrice (NEM) pour assurer un travail psycho-moteur.

Nous notons donc une concordance sur le fond avec le traitement que nous proposons en France pour les mêmes pathologies. Il y a néanmoins des différences sur la forme. En effet, du fait de la douleur engendrée par les mobilisations et difficile à supporter pour l'enfant, ce dernier se débat et pleure fréquemment, contraignant souvent le masseur-kinésithérapeute et sa mère à le contenir physiquement durant les soins. De même lors de la posture, il n'est pas rare de ligoter les mains et les pieds de l'enfant pour qu'il reste en place. Nous relevons également une différence concernant le traitement antalgique. Effectivement, à Bethesda, le thérapeute applique de la chaleur via la lampe infra-rouge pour tous types de douleurs (mécanique, inflammatoire ou mixte). Or nous préconisons en France l'application de chaleur sur des douleurs chroniques touchant plutôt les tissus mous (effet relaxant et vasodilatateur), et la cryothérapie sur les inflammations et douleurs aiguës (effet vasoconstricteur), comme c'est le cas lors des mobilisations. Nous relevons également l'absence de travail proprioceptif lors des séances.

3.3.3. La formation des accompagnants

Il est souvent impossible pour les thérapeutes de voir tous les enfants chaque jour. Le kinésithérapeute apprend alors à l'accompagnant comment rééduquer l'enfant.

L'accompagnant est la plupart du temps la mère de l'enfant, mais peut également être la grande sœur ou la grand-mère de celui-ci. C'est la personne qui va suivre et s'investir dans la rééducation du patient. Elle devra avoir connaissance des activités que le patient peut faire, ce qui lui est interdit et ce qui lui est recommandé de faire. Cette éducation semble indispensable en l'absence d'alternative de prise en charge du fait du manque de moyens, du jeune âge de l'enfant réduisant son autonomie, et du fait qu'il ne peut de toute façon pas se mobiliser tout seul.

Cette éducation se fait en séance individuelle, ou en groupe. Lorsque plusieurs enfants ont la même pathologie, les mères concernées se regroupent autour du masseur-kinésithérapeute qui, sur un enfant, leur montre comment faire (fig. 8).

Mobilisations articulaires	<ul style="list-style-type: none"> • Prises et contre-prises • Sens de mobilisation (glissements-roulements/mouvements globaux) • Fréquence : quotidiennement • Durée / rythme : série de dix mouvements lents
Stimulation manuelle des muscles faibles	<ul style="list-style-type: none"> • Avec une pointe de stylo • Directement sur le muscle • Fréquence : quotidiennement • Durée / rythme : série de dix stimulations par muscle
Surveillance sous plâtre	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que le plâtre ne glisse pas • Vérifier température, trophicité, sensibilité et couleur des orteils → Risque de lésion neurologique ou escarre
Mise en place de l'appareillage + surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Attelles de Zimmer, tuteurs cruro-pédieux, chaussures orthopédiques, orthèses postérieures, cannes anglaises,... • Réglages • Durée de port : nocturne ou 23h/24 • Vérification et surveillance des points d'appui • Apprentissage des gestes luxants en cas d'arthroplastie...

Figure 8 : Gestes et modalités enseignés par le masseur-kinésithérapeute à l'accompagnant de l'enfant au centre de Bethesda

Le praticien est ainsi à même de bien déléguer les soins usuels, mais ne s'explique guère sur les raisons anatomiques et physiologiques de ces gestes. Le but recherché ici est d'ordre purement pratique : assurer à l'enfant un entretien articulaire même les jours où le masseur-kinésithérapeute ne peut le voir. Cela contraste avec l'ETP en France où il s'agit plutôt d'une démarche éducative visant à faciliter l'intégration du handicap de l'enfant dans la vie familiale afin de lutter efficacement contre les déficiences et les incapacités rencontrées dans la vie de tous les jours.

Parallèlement à cela et en accord avec la partie 2, nous remarquons qu'il est rare en Occident que les masseurs-kinésithérapeutes apprennent les gestes de rééducation « pure » aux patients ou aux accompagnants car les thérapeutes sont loin d'être en sous-effectif ; il s'agit plus d'information, de qualité de soins, de sécurité, et d'autonomisation dans les activités de la vie quotidienne (amélioration fonctionnelle). Au Bénin, la formation et l'information des accompagnants servent à pallier au nombre insuffisant de personnel médical, et cela passe également par la sensibilisation de la population au handicap. Là encore, nous retrouvons une différence de procédés : en France, c'est l'État qui a le rôle le plus important dans le développement et l'intégration du handicap dans la société de par ses campagnes publicitaires, la promotion des ONG, etc.

Nous pouvons donc dire qu'au Bénin, l'éducation dans le secteur de la kinésithérapie se développe d'une autre manière qu'en France puisqu'elle a pour finalité l'auto-prise en charge rééducative et l'intégration du handicap dans la société (rôle non pris en charge par l'État béninois mais quelquefois assuré par certaines ONG expatriées), alors qu'en France l'ETP a plutôt un objectif d'ordre fonctionnel et de participation active du patient.

Une des conditions préalables à l'efficience de l'éducation thérapeutique, est de bons rapports entre le thérapeute et le patient. Sans cette entente mutuelle, l'observance semble compromise. Cela se confirme d'autant plus lors de la prise en charge rééducative des enfants.

3.4. La relation entre le praticien et « l'enfant-patient »

Avant même sa séance de kinésithérapie, l'enfant se méfie déjà, anticipant les douleurs provoquées par les mobilisations. Face à cette situation, le masseur-kinésithérapeute se montre compatissant et à l'écoute, gardant néanmoins le patient à sa place traditionnelle d'enfant au Bénin : un acteur passif soumis aux choix des adultes. Nous notons ici le contraste avec l'Occident où l'opinion de l'enfant est parfois prise en considération de manière systématique. Cela n'empêche pas le praticien béninois de tenir compte de la douleur et des plaintes de son patient, mais tous deux savent que c'est le thérapeute qui dirige la séance.

Nous avons également observé lors de notre voyage des gestes qui pourraient sembler déplacés en France de la part d'un professionnel, mais qui sont courants dans la culture béninoise. En effet, lorsque l'enfant refuse un soin ou se met en colère de manière injustifiée pour le thérapeute, en accord avec la famille, il se voit parfois giflé ou fessé au milieu de la salle de rééducation. S'ensuivent généralement des remontrances de la part de sa mère, jusqu'à ce que l'enfant cède et se calme. Cela peut se concevoir dans la mesure où au Bénin, les punitions corporelles envers les enfants sont banalisées et fréquentes. Cela s'explique également par le fait que les personnes ayant fait des études sont hautement considérées par la population locale. Les familles des enfants accordent aux masseurs-kinésithérapeutes certains droits sur ceux qu'ils soignent. Ceci s'opère dans le cadre d'une relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et les proches des patients. La famille considère que le thérapeute sait jusqu'où il peut aller, ce qu'il peut espérer de la rééducation de l'enfant, et lui laisse champ libre quant aux moyens à mettre en œuvre pour arriver au résultat escompté, tout en le soutenant dans son discours devant l'enfant. Du point de vue occidental, le traitement accordé à l'enfant peut paraître choquant : il se voit soumis et contraint aux soins, ne comprenant pas toujours pourquoi les soignants et sa famille lui infligent ces souffrances répétées à travers la rééducation, et pire, pourquoi ils ne tiennent pas compte de ses douleurs. Cela peut laisser entendre que le Bénin, pourtant officiellement engagé dans la promotion des droits de l'enfant, peine à se défaire d'habitudes culturelles ancrées. Il ne faudrait toutefois pas calquer outre-mesure nos propres schémas sur une culture très différente de la nôtre, où la place de l'enfant n'est pas la même, sans pour autant y être moins importante.

Nous observons en effet régulièrement, une fois la séance terminée, un élan d'affection entre thérapeute et enfant. La relation est donc sans aucun doute plus équilibrée qu'elle n'y paraît de prime abord, basée sur le respect mutuel (moral et corporel), le tout en accord avec la culture locale.

3.5. Conclusions de l'analyse de la différence entre deux cultures suite à notre séjour humanitaire

Cette expérience nous a conforté dans le métier que nous voulons faire, que ce soit du point de vue humain (adaptation, disponibilité, partage) ou de la pratique professionnelle. Malgré ses objectifs différents suivant le contexte socio-culturel, l'éducation est le point clé de la rééducation. Ce raisonnement nous permet de dire qu'en finalité, tous les peuples ont les mêmes besoins dans le domaine de la santé : la reconnaissance du handicap dans la société et la participation active du patient à sa prise en charge. Il n'y a que les acteurs (état, équipe soignante, patient, accompagnant) et les moyens de l'éducation qui peuvent varier d'une culture à l'autre.

Tableau II : Synthèse : comparaison entre un traitement de rééducation avec et sans ETP

	<i>Traitement avec ETP</i>	<i>Traitement sans ETP</i>
<i>Soins kinésithérapeutiques dispensés</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisations articulaires - Stimulation manuelle des muscles faibles - Surveillance sous plâtre - Mise en place de l'appareillage + surveillance des points d'appui <p>→ Education des accompagnants à tous ces gestes : démonstrations, consignes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisations articulaires - Stimulation manuelle des muscles faibles - Surveillance sous plâtre - Mise en place de l'appareillage + surveillance des points d'appui
<i>Points positifs</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfant a une séance de rééducation quotidiennement même si le thérapeute n'a pas le temps de le voir - La mère est impliquée dans la rééducation de son enfant - Une fois l'enfant échauffé par sa 	<ul style="list-style-type: none"> - Le thérapeute n'apprend pas les gestes à l'accompagnant, donc la séance de rééducation dure moins longtemps - Le kinésithérapeute peut voir plus d'enfants dans la matinée

	<p>mère, le thérapeute a le temps de voir avec lui de nouveaux exercices.</p> <p>- Intégration du handicap de l'enfant dans la famille et dans la société</p>	
Points négatifs	<p>- La séance de kinésithérapie est plus longue</p> <p>- L'éducation thérapeutique demande une disponibilité de la mère durant les séances</p>	<p>- L'enfant est dépendant du kinésithérapeute pour sa rééducation</p> <p>- Il doit parfois patienter longtemps avant que le praticien le prenne en charge</p> <p>- La mère est en dehors de la prise en charge rééducative de son enfant</p> <p>- Le patient, soigné uniquement par un kinésithérapeute, reste en quelque sorte marginalisé</p>

➔ *Objectivement, l'ETP a la capacité d'améliorer la prise en charge rééducative de l'enfant.*

Fort de cela, nous pensons qu'il serait bénéfique pour nous de partager nos observations avec un professionnel expérimenté dans le domaine afin de vérifier et de compléter l'intérêt de l'éducation thérapeutique dans le secteur de l'humanitaire.

Dans l'optique de la pérennisation de l'action humanitaire au Bénin, il serait judicieux d'informer et de préparer au départ les étudiants motivés afin que le voyage soit le plus fructueux possible pour tout le monde.

4. PARTAGE D'EXPÉRIENCE D'UN PROFESSIONNEL ET DÉBAT SUR LA PÉRENNITÉ DES ACTIONS D'AMIS D'GENS

4.1. Retour d'expérience d'un professionnel

Dans le but de vérifier la véracité de nos écrits nous nous sommes orientée vers l'ONG qui semblait correspondre au mieux à la démarche d'éducation et de développement, à savoir Handicap International (HI).

4.1.1. Handicap International et l'éducation en masso-kinésithérapie

HI nous a semblé l'ONG la plus pertinente à interroger compte tenu de notre sujet d'étude. Le respect des droits des personnes handicapées est au cœur des préoccupations de HI depuis sa création en 1982 [35]. L'ONG est en effet connue pour ses missions humanitaires d'urgence mais surtout pour ses actions de développement entreprises dans le but d'autonomiser et d'intégrer des personnes vulnérables à la société [36]. Pour cela, HI s'est appuyé sur le principe de santé communautaire initié par l'OMS afin de décentraliser les activités de réadaptation aux différents niveaux de la communauté. L'ONG mise donc énormément sur la formation de personnels médicaux et paramédicaux ainsi que sur l'éducation des patients et de leurs familles, via la création de réseaux communautaires. HI adapte ainsi ses démarches aux besoins de la communauté et utilise les moyens disponibles sur place pour y pallier.

HI a sa place parmi les grandes ONG internationales de développement. Elle se distingue des autres organisations par sa pluridisciplinarité puisqu'elle regroupe beaucoup de professions médicales et paramédicales complémentaires, toutes nécessaires à la prise en charge optimale des malades. Cela atteste également du fait que la kinésithérapie progresse essentiellement dans les ONG de développement, ce qui prend tout son sens par rapport à notre profession.

4.1.2. Témoignage d'un professionnel de l'humanitaire

Nous nous sommes entretenue avec M. Le Folcalvez, référent technique « réadaptation » pour la fédération HI. (Annexe III, fig. 1)

Cet entretien avec un professionnel confirme nos écrits concernant l'importance de l'éducation en rééducation, peu importe l'endroit où elle s'applique. Les modalités de cette éducation ne sont cependant pas identiques suivant le contexte professionnel et local.

La richesse des propos de notre interlocuteur et la portée des actions entreprises par HI nous poussent à nous interroger sur les limites d'ADG.

4.2. Prise de conscience sur notre propre expérience

4.2.1. Analyse et autocritique de notre expérience et du statut d'ADG

Nous nous rendons compte qu'Amis d'Gens s'inscrit davantage dans une démarche caritative que dans une démarche de développement, faute de moyens, d'investissement, de temps et surtout de professionnalisation ; la politique de l'association étant d'apporter une aide régulière mais ponctuelle à la ville de Lokossa.

Cette expérience nous a beaucoup enrichi, tant sur le plan humain que professionnel, mais elle nous a aussi fait réfléchir sur l'humanitaire et l'éducation thérapeutique. L'éducation que peut proposer ADG ne s'inscrit pas dans le cadre d'une réelle éducation thérapeutique du patient. En effet les actions menées par les étudiants ne sont pas toujours les mêmes d'une année à l'autre, ce qui implique un manque de suivi, d'évaluation des résultats et d'évolution dans les pratiques locales ; il s'agit plutôt d'un partage d'expériences entre les étudiants et les locaux.

Nous notons également que dans l'optique de pérenniser ses actions, ADG serait incapable de former du personnel médical et paramédical, du fait du statut étudiant de ses membres. Cela amenuise donc les chances de l'association de pouvoir s'inscrire dans une démarche pérenne.

4.2.2. Les évolutions possibles pour ADG

Au-delà de la confirmation de nos déductions et de nos recherches, l'entretien avec M. Le Folcalvez nous fait également réfléchir sur les actions à entreprendre pour améliorer les démarches d'ADG dans la rééducation.

Quelles qu'elles soient, les évolutions possibles pour l'association seront tempérées par ses limites, c'est-à-dire par le fait qu'ADG se présente comme une association caritative de par sa faible notoriété et sa ponctualité d'actions. Nous nous en sommes également rendu compte lors de notre voyage au Bénin.

Nous avons soumis à l'association l'idée de la prise de contact avec l'antenne HI de Cotonou, sachant que HI est déjà intervenu au Bénin sur des projets de lutte contre la filariose, de promotion des droits des personnes en situation de handicap, et dans le domaine de l'orthopédie [37]. Malgré le fait que cette proposition ait été accueillie avec enthousiasme, nous nous interrogeons sur la réelle faisabilité du projet.

En effet, si les étudiants kinésithérapeutes se lançaient sur cette voie, une scission de l'association serait inévitable : les étudiants en médecine continueraient sur leur lancée tandis que les étudiants en kinésithérapie s'investiraient plus dans la réadaptation avec HI. Une solution à ce dilemme serait que les étudiants kinésithérapeutes se détachent de l'association et en montent une autre axée sur la réadaptation, avec HI. Mais cela nous paraît pour le moins difficile à concevoir dans la mesure où les étudiants de l'IFMK, et nous les premiers, ne sommes peut-être pas tous prêts à s'investir autant dans l'associatif. Des possibilités s'offrent donc à ADG mais des interrogations persistent : quelles seront les attentes de HI envers l'association ? Comment peut évoluer ADG dans le cadre d'un partenariat avec HI ? Est-ce réellement plausible ?

Hormis ces points incertains, nous avons conscience que cette démarche serait très compliquée à entreprendre. Le plus difficile est de trouver des étudiants disponibles et motivés pour tenter de relever ce challenge et faire face aux difficultés administratives et logistiques qu'il impliquera.

Cette suggestion de partenariat éventuel avec HI risque également d'influer sur la politique de l'association axée sur l'aspect caritatif. Effectivement, cela impliquerait une professionnalisation d'ADG qui semble définitivement incompatible avec son statut. En ce sens, ADG se distingue clairement d'ONG telles qu'HI et cela est à prendre en considération dans ses tentatives d'évolutions.

Nous nous rendons donc compte qu'un rapprochement avec HI aurait été intéressant mais de par la nature divergente des deux organisations, cela reste difficile à concevoir.

Dans le but de présenter une réelle possibilité d'évolution pour ADG, nous envisageons un perfectionnement des démarches caritatives et de voyage d'expérience

proposées par l'association. En effet, il serait peut-être plus pertinent de s'orienter vers une optimisation de l'association plutôt que vers une transformation radicale de cette dernière.

4.3. Conception du livret

La *welcome file*, les *termes de référence* (Annexe III, fig. 2, 3) ainsi que les *formations au départ*, cités par notre interlocuteur, nous semblent indispensables au bon déroulement d'une mission humanitaire. A l'image de ce que fait HI avec ses expatriés, nous appliquons ainsi le principe de formation des volontaires à plus petite échelle avec ADG, par l'intermédiaire d'un livret.

Celui-ci introduit de façon explicite, réfléchie et étudiée, la situation concrète de l'association étudiante. Nous n'avons donc pas pour objectif de former des professionnels de l'humanitaire comme le fait HI avec ses expatriés, mais d'informer des étudiants sur leur séjour prochain.

Nous incorporons au support informatif tous les éléments logistiques du voyage [38] [39] [40]. Sont présentes également dans le livret des informations relatives à la kinésithérapie béninoise [41] et aux modalités de la rééducation à Bethesda, ainsi qu'une analyse de l'association et les actions nécessaires à la pérennité d'ADG [42]. (Annexe IV)

5. ABOUTISSEMENT DE NOS VOIES DE RÉFLEXION

L'étude des contextes et des modalités d'exercice de l'éducation en santé en France et à travers la kinésithérapie humanitaire nous a révélé deux situations très différentes. Les acteurs, les modes d'actions, les modalités d'exécution de cette éducation changent et s'adaptent obligatoirement au contexte d'application. Nous en concluons toutefois que l'éducation est ce qu'il y a de plus indispensable au développement d'un système de santé performant, que ce soit en France ou à l'étranger car la transmission du savoir et de

l'information restent les moyens les plus fiables qu'une population possède pour s'instruire sur des sujets qui la concernent directement.

6. DISCUSSION

Nous souhaitons réaliser notre travail sur le thème de l'éducation thérapeutique. Suite à la lecture du mémoire de Cécile Prunier sur la kinésithérapie humanitaire [16], nous avons persisté dans le rôle informatif, en nous focalisant davantage sur les missions humanitaires, le développement et l'intégration de l'éducation thérapeutique dans d'autres cultures.

C'est durant notre séjour au Bénin que nous avons décidé de réaliser notre mémoire sur ce thème. Ce sujet n'est pas conventionnel pour un travail écrit de fin d'études mais, validé par notre directrice de mémoire, il nous tient particulièrement à cœur. Il nous a permis de mettre en évidence nos lacunes mais aussi nos capacités, tant du point de vue des recherches à faire, que des contacts à prendre ou encore de la réflexion et de la rédaction. Toutes ces démarches nous ont enrichie, humainement mais surtout professionnellement. Ce travail a mis en avant les qualités indispensables à acquérir pour notre vie professionnelle future, que nous exerçons en libéral [42], en établissement ou dans l'humanitaire.

Nous avons rencontré des difficultés quant à la sélection des informations les plus pertinentes devant l'étendue de notre sujet. Il nous a fallu poser des limites et faire nos recherches en dehors des bases de données habituelles qui n'associent pas la kinésithérapie humanitaire et l'éducation thérapeutique dans leurs textes. Outre cette difficulté, puisque nous avons fait beaucoup d'analyses, il nous est paru nécessaire de ne pas rester trop superficielle dans nos approches, même si celles-ci traitent parfois de problèmes de fond, et d'appuyer notre discours par des sources, bien qu'elles ne soient pas scientifiques.

Dans l'optique de confirmer la véracité de nos propos et de les compléter, nous avons décidé de contacter un professionnel de la kinésithérapie humanitaire. Cette démarche n'a pas été facile compte tenu du petit nombre d'ONG œuvrant dans le domaine de la rééducation et du développement (Kinés Du Monde et HI). Ce partage d'expériences nous a beaucoup

apporté et nous a confronté à la réalité du terrain ; il nous a aussi conforté dans nos choix futurs de carrières.

Pour autant, il aurait été pertinent d'inclure à notre travail d'autres témoignages, notamment de kinésithérapeutes expatriés pour de longues missions. Cela aurait encore étayé et donné du poids à nos propos, surtout concernant les conditions du terrain et la prise en charge des patients, car ce sont eux qui sont en contact direct avec la communauté.

Dans la progression de notre étude, nous avons pensé à questionner les kinésithérapeutes de Bethesda sur le réel impact de l'éducation proposée aux mères. La brièveté de notre voyage ne nous a, en effet pas permis de constater l'efficacité de cette forme d'ETP. Il aurait été intéressant d'avoir un retour par rapport à cela afin d'en quantifier objectivement les bénéfices pour les enfants, mais nous n'avons pas eu de réponse des praticiens du centre.

Nous aurions peut-être pu évaluer objectivement notre livret. Nous nous sommes fiée aux avis et commentaires des membres de l'association et des étudiantes kinésithérapeutes partant au Bénin en juillet 2014. Il aurait été bon de le soumettre à plus de personnes, même éventuellement aux anciens étudiants qui sont partis au Bénin avec l'association, pour élargir notre population cible qui, le cas échéant, reste limitée à une poignée d'étudiants chaque année. Nous aurions alors pu concevoir un questionnaire de satisfaction sur le contenu et la forme du livret, et réaliser des statistiques avec les résultats afin d'améliorer le support et de répondre à la demande ciblée d'information de la population visée.

Suite à notre raisonnement concernant l'association étudiante ADG, nous avons également conclu que l'éducation en santé ne peut être réalisée que par des professionnels et des personnes formées spécifiquement à ce travail. Cela nous a fait réfléchir sur notre statut d'étudiant masseur-kinésithérapeute et sur ses limites, ainsi que sur le chemin qu'il nous restait à parcourir pour atteindre ce niveau de professionnalisme.

Nos commentaires et conclusions font parfois écho au mémoire précédent [16], mais cela nous semble tout à fait approprié compte-tenu de la ressemblance de nos sujets d'études et de la complémentarité de nos travaux.

7. CONCLUSION

Ce travail nous a permis de considérer l'omniprésence de l'éducation thérapeutique dans le secteur de la santé. Ses modalités ne sont pas les mêmes suivant les contextes communautaires : programmes personnalisés d'ETP, conseils et éducation du patient, formation des familles ou de la communauté, formation de personnels de santé, etc. Nous en concluons néanmoins que l'éducation reste invariablement l'élément central de la prise en charge rééducative des patients.

Notre étude s'est orientée vers le secteur de l'humanitaire, et dans ce cas, à l'étranger. En dépit de cela, il nous semble pertinent d'étendre l'application des conclusions tirées de ce travail à nos futurs patients. Il est vrai que durant nos études, nous ne pensions pas encore à la manière d'aborder les patients, ni aux différences socio-culturelles que nous pourrions rencontrer. Plus généralement, nous pensions que la relation patient-thérapeute se ferait d'elle-même naturellement. Cela n'est pas totalement illusoire mais ce n'est pas si évident. Le fait de ne pas avoir pris en considération cet aspect de notre profession et de ne pas y être préparée, risque de compliquer les rapports humains, en particulier face à des patients d'une autre culture. L'adaptabilité est donc en partie garante de l'efficacité de nos techniques rééducatives ultérieures et nous veillerons à appliquer ces conclusions pratiques.

Cependant, pour aller plus loin, il serait intéressant d'étudier les situations particulières mais néanmoins pas si singulières qui pourraient influencer sur les caractéristiques de l'ETP en fonction du contexte d'application et d'exécution de cette dernière.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Code de la Santé Publique.** *Article R.4321-83.* Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5DAC8EB20948D458639834D320B15B23.tpdjo06v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000019730235&dateTexte=20140401&categorieLien=id#LEGIARTI000019730235> (page consultée le 01/04/2014)
2. **Recommandations HAS.** *Éducation thérapeutique du patient, définition, finalités et organisation.* Juin 2007. In HAS. [pdf].
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf> (page consultée le 11/01/2014)
3. **Recommandations HAS.** *Éducation thérapeutique du patient, comment la proposer et le réaliser ?.* Juin 2007. In HAS. [pdf]. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf> (page consultée le 01/04/2014)
6. **Direction de la sécurité sociale.** *Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé – Les expérimentations.* In ARS. [pdf].
<http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/Actualites_DSS/objectifs_experimentations.pdf> (page consultée le 31/03/2014)
9. **U.S. Agency for International Development.** *Les agents de santé communautaire : effets des incitations et des désincitations sur leur motivation, le maintien en poste et la durabilité.* In USAID. [pdf]. <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACW612.pdf> (page consultée le 16/03/2014)

10. **BIT-UNESCO-OMS.** *RBC, une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées.* 2004. In OMS. [pdf]. <http://www.handicap-international.fr/bibliographie-handicap/4PolitiqueHandicap/niveau_local_communautaire/rbc_cahd/RBCpositionJoint.pdf> (page consultée le 16/03/2014)
12. **HARTLEY, S.** *CBR : a participatory strategy in Africa.* Ouganda : University College London, 2002. 249 p. ISBN 0953226514
13. **Ministère des Affaires Étrangères.** *Stratégie humanitaire de la République Française.* 6 juillet 2012. In France Diplomatie. [en ligne]. <<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-et-publications/publications/brochures-institutionnelles/article/strategie-humanitaire-de-la-france>> (page consultée le 20/01/2014)
14. **PIROTTE C., GRUEWALD F., HUSSON B.** *Entre urgence et développement.* Paris : Karthala, 2000. 243 p. ISBN 2-84586-121-4
15. **LE COCONNIER M-L., POMMIER B.** *Que sais-je : L'action humanitaire.* 2^{ème} ed. Paris : P.U.F., 2012. 128 p. ISBN 978-2-13-059500-7
16. **PRUNIER C.,** *La kinésithérapie humanitaire : état des lieux, retour d'expérience et proposition d'outils informatifs et pédagogiques.* 2012. 71 p. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute : Nancy
17. **OMS-UNESCO-OIT-IDDC.** *Module introduction, Réadaptation à base communautaire, Guide de RBC.* 2011. In OMS. [pdf]. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548051_introduction_fre.pdf> (page consultée le 16/03/2014)
18. **OMS-UNESCO-OIT-IDDC.** *Module santé, Réadaptation à base communautaire, Guide de RBC.* 2011. In OMS. [pdf]. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548051_sant%C3%A9_fre.pdf?ua=1> (page consultée le 17/03/14)

19. **MICHELETTI P.** *Humanitaire, s'adapter ou renoncer.* Paris : Marabout, 2008. 245 p. ISBN 978-2-501-05812-4
21. **GEDDA Michel.** *Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique.* Décembre 2005. In IPCEM. [pdf]. <<http://www.ipcem.org/etp/PDFetp/Gedda.pdf>> (page consultée le 23/01/14)
23. **RYFMAN P.** *Les ONG.* 21061. Paris : La Découverte, 2009. 126 p. ISBN 978-2-7071-5727-0
24. **Ministère de la Santé et des Sports, SFNEP.** *Dénutrition, une pathologie méconnue en société d'abondance.* In Programme National Nutrition Santé. [pdf]. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf> (page consultée le 31/10/2013)
27. **OMS.** *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays – Bénin 2004-2008.* In OMS. [pdf en ligne]. <http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=1016&Itemid=2040&lang=fr> (page consultée le 12/11/2013)
29. **KPADONOU G.T., FIOSSI-KPADONOU E., ALAGNIDE E., DJDONOU A., NIAMA D., AMANZONWE R., MASQUELIER E.** *Représentation socio-culturelle de la douleur au Bénin.* 2012. <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11724-012-0314-8#page-2>> (page consultée le 08/11/2013)
41. **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*

BIBLIOGRAPHIE INTERNET

4. **ASSIAG Patrick.** *Éducation thérapeutique et réseaux de santé.* In Webzine de la HAS. [en ligne]. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1168855/fr/education-therapeutique-et-reseaux-de-sante?xtmc=&xtcr=1> (page consultée le 22/03/2014)
5. **AFDET.** [en ligne]. <<http://www.afdet.net/>> (page consultée le 22/03/2013)
8. **Santé Participative.** *La santé participative et l'approche de santé communautaire.* In Santé Participative. [en ligne]. <http://www.sante-participative.org/#!sant_communautaire/c1n8o> (page consultée le 16/03/2014)
20. **Dictionnaire Larousse.** [en ligne]. <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9ducation/27867?q=%C3%A9ducation#27722>> (page consultée le 01/04/2014)
22. **HUMANIUM.** *Enfants au Bénin.* In Humanium. [en ligne]. <<http://www.humanium.org/fr/benin/>> (page consultée le 31/10/2013)
25. **FATONGNINOUGBO Junior.** *Prise en charge des soins de santé au Bénin : comment bénéficier du Ramu ?* In La Presse du jour. [en ligne]. <<http://www.lapressedujour.net/?p=13865>> (page consultée le 01/11/2013)
26. **OMS.** *Médecine traditionnelle.* In OMS. [en ligne]. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/fr/>> (page consultée le 12/11/2013)
28. **International Association for the Study of Pain.** *Définition de la douleur.* In Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. [en ligne]. <<http://www.sfetd-douleur.org/douleur/notionsGenerales/index.phtml>> (page consultée le 08/11/2013)

35. **Handicap International France.** [en ligne]. <<http://www.handicap-international.fr/jeminforme/nos-savoir-faire/readaptation/index.html>> (page consultée le 22/03/2014)
37. **Handicap International Belgique.** [en ligne]. <<http://www.handicapinternational.be/fr/benin>> (page consultée le 22/03/2014)
38. **ESTIS.** *Géographie de la République du Bénin.* In ESTIS. [en ligne]. <http://www.estis.net/sites/tourbenin/default.asp?site=tourbenin&page_id=4D24F9FB-4C88-426C-B85C-6119C8DE4248> (page consultée le 12/01/2014)
39. **Mairie de Lokossa.** *Présentation de la commune.* [en ligne]. <<http://mairie-lokossa.com/presentation/>> (page consultée le 08/01/2014)
40. **Ministère des Affaires Étrangères.** *Bénin - Consignes de sécurité.* In France Diplomatie. [en ligne]. <<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/benin-12210/>> (page consultée le 18/01/2014)

AUTRES RÉFÉRENCES

Échanges avec des professionnels :

7. **FERRING Vincent**, cadre de santé et masseur-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.
11. **LE FOLCALVEZ Patrick**, masseur-kinésithérapeute, référent technique « réadaptation » pour la fédération Handicap International et chargé de suivi de projet pour Handicap International Luxembourg
31. **DOHOU Éléonore**, masseur-kinésithérapeute au centre de rééducation de Bethesda
32. **DOHOU Émile**, appareilleur au centre de rééducation du Bethesda
33. **Tychique**, masseur-kinésithérapeute au centre de rééducation de Bethesda
36. **LAURENT Sylviane**, responsable de l'antenne Handicap International de Nancy
42. **PRUNIER Cécile**, masseur-kinésithérapeute, partie au Bénin avec Amis d'Gens en juillet 2011 en tant qu'étudiante à l'IFMK de Nancy.

Documents non officiels :

30. **Amis d'Gens**. PDF « Présentation de l'association d'Amis d'Gens », novembre 2011
34. **Expérience personnelle au Bénin**. Rédaction d'un journal de bord, juillet 2013

ANNEXES

ANNEXE I :

Mise en œuvre de l'ETP selon les recommandations de la HAS

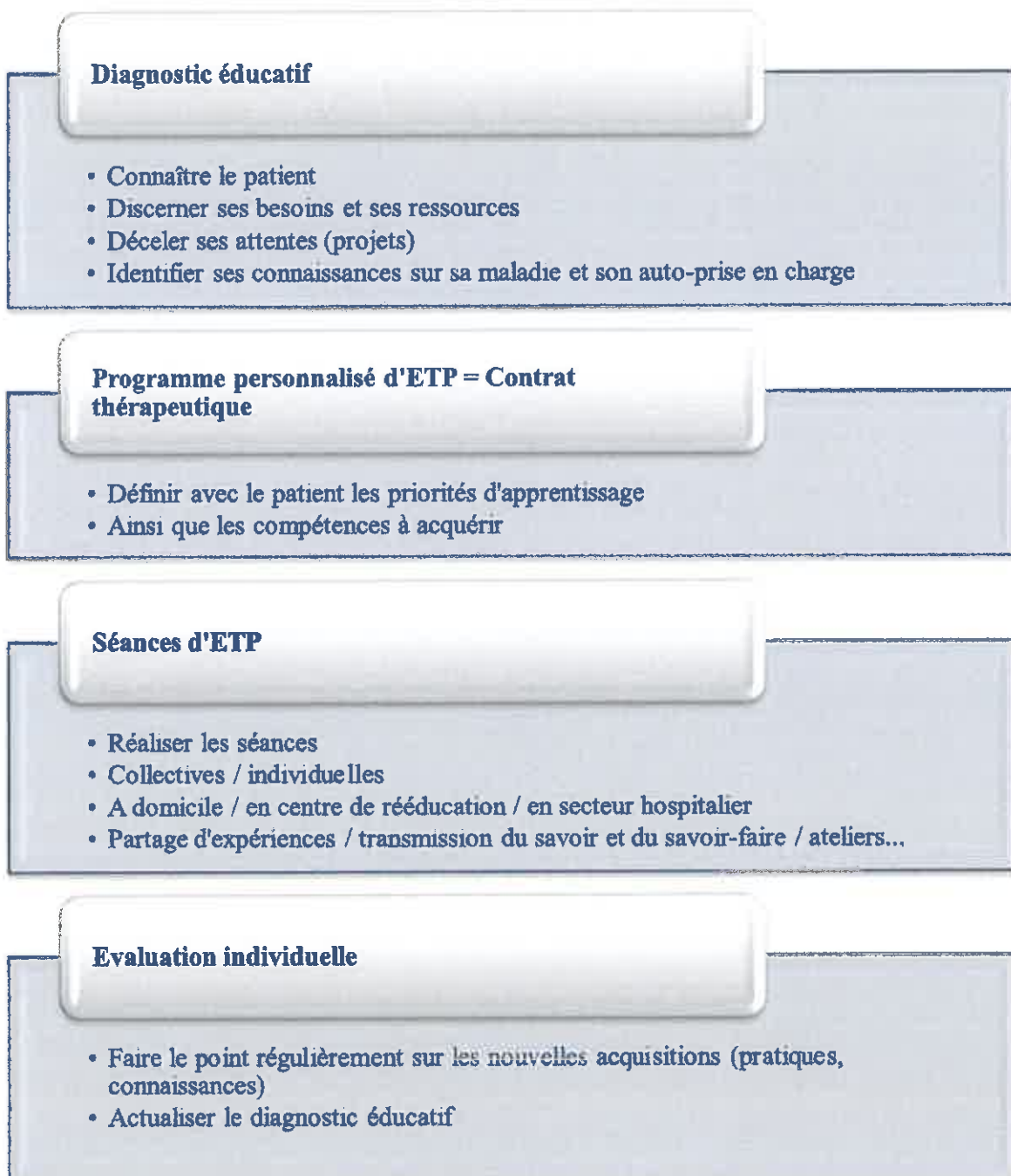


Figure 1 : Mise en œuvre de l'ETP : les étapes et les modalités correspondantes, selon les recommandations de la HAS de juin 2007.

ANNEXE II :

Cadre de notre séjour humanitaire au Bénin

Nom	Amis d'Gens
Date de création	2001
Composition	Etudiants Nancéens en médecine, kinésithérapie et ergothérapie
Premières missions	Togo Côte d'Ivoire Bénin depuis 2005 Changements en raison des instabilités politiques
Partenariats	Mairie de Lokossa Orphelinat La Providence
Objectifs	Apport de matériel médical et paramédical sur place Promotion de l'éducation et de la santé (financement de salles de classe et de dispensaires) Financement d'aménagements et de quatre mois de denrées alimentaires par an pour l'orphelinat
Actions menées au cours de l'année universitaire	Ventes de repas aux étudiants sur les différents campus universitaires nancéens Organisation de soirées et d'un spectacle

Figure 1 : Présentation de l'association

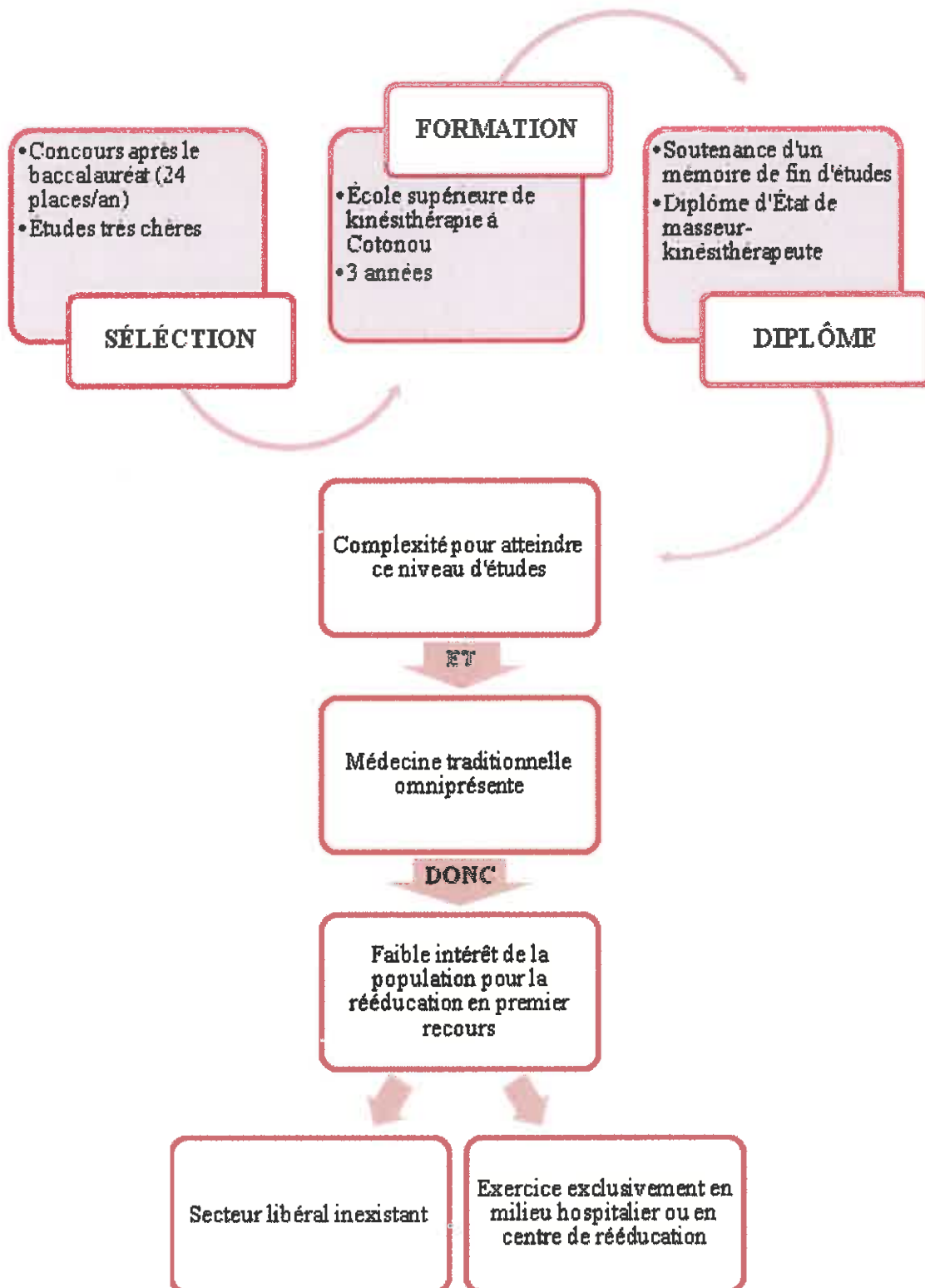


Figure 2 : La profession de masseur-kinésithérapeute au Bénin



Figure 3 : Caractéristiques du centre de rééducation pédiatrique de Bethesda

ANNEXE III :

Témoignage d'un professionnel de l'humanitaire

Bonjour Mr Le Folcalvez, pouvez-vous nous rappeler votre identité et vos fonctions s'il vous plaît ?

Oui, Patrick Le Folcalvez, 50 ans. Je suis référent technique « réadaptation » pour la fédération Handicap International (HI) à mi-temps ; et à mi-temps aussi, je suis chargé de suivi de projet pour Handicap International Luxembourg. Je suis sur Handicap International depuis 22 ans (1992) et sur Handicap International Luxembourg (au siège) depuis 2008, donc ça fait six ans.

Quelles ont été vos motivations personnelles à faire de l'humanitaire et à partir en mission ?

Au départ, je travaillais en kiné libérale. Par un concours de circonstances après quatre ans de libéral, je me suis dit : « Tiens, je vais faire autre chose et je vais faire un break d'un an ». Je connaissais un peu HI donc j'ai fait la formation de préparation au départ et je suis parti. Il se trouve que l'année est passée tellement vite que je me suis dit : « Allez ! Une deuxième année dans la foulée ! » Et puis voilà ! Après, une fois qu'on met le pied dedans, c'est vrai que c'est difficile... Et puis plus on attend, plus c'est difficile de quitter, donc là je pense que j'aurai beaucoup de mal à retravailler en tant que kinésithérapeute mais par contre, le travail est toujours aussi passionnant. Ce n'est pas seulement les voyages, c'est aussi le fait de découvrir les pays de l'intérieur et de voir tous les aspects... Bon, c'est surtout les aspects médicaux bien sûr, mais bon, c'est passionnant quoi !

Quels sont les lieux de vos différentes missions ?

Comme je suis référent technique sur une thématique (la réadaptation), je n'ai pas de lieu particulier où je suis envoyé, donc je peux être amené à travailler n'importe où. Ca peut être l'Amérique Latine, l'Afrique, le Moyen-Orient, l'Asie, un petit peu partout... Bon, il se trouve que pour le Luxembourg j'ai un portefeuille d'une dizaine de projets à peu près, dont essentiellement en Asie, en Afrique et au Moyen-Orient ; je n'ai qu'un pays en Amérique Latine, mais sur mon mi-temps comme référent technique, je dois être amené à travailler n'importe où en fait.

Quand il y a un problème qui relève de ma compétence et de mon expérience, je suis envoyé sur la mission HI en question. Nous sommes plusieurs référents dans la fondation, donc c'est en fonction de la disponibilité, de l'expérience, des compétences particulières... Voilà.

Quand et combien de temps partez-vous en mission ?

Quand je pars généralement c'est entre une semaine et deux semaines. Les missions plus longues sont extrêmement rares. Je suis parti trois semaines juste après le tremblement de

terre à Haïti ; ça, c'était un peu exceptionnel. Ou alors lorsque je dois combiner plusieurs projets ou visites de projets en même temps. Par exemple, la dernière fois je suis allé à un séminaire qui durait une semaine, et pour des histoires d'économie de couts, j'en ai profité pour visiter et faire une évaluation de projet qui était juste à côté. Du coup, là ça m'a aussi fait partir plus de deux semaines, presque trois semaines. Mais en gros, pour une mission normale classique, je dirai que c'est minimum une semaine, maximum deux.

Est-ce que ça se déroule comme ça uniquement pour vous ou il y a des gens qui partent avec vous et qui restent plus longtemps ?

Non... Parmi mes collègues référents techniques par exemple, non je pense que c'est à peu près pareil. Bon, il y en a qui le font plus rapidement aussi. En Afrique de l'Ouest par exemple, les voyages sont plus courts. Mais je trouve qu'une semaine, c'est quand même un minimum pour comprendre un projet. Après ça dépend si c'est un projet qu'on connaît déjà, dans ce cas c'est vrai que ça peut se faire en quelques jours. Le temps du voyage, le temps de visiter les différents échelons, d'échanger avec les gens, ... Moi j'aime bien quand même prendre un petit peu de temps une fois sur place. Mais en gros, je pense qu'on est tous à peu près pareils, oui.

Et les expatriés ? Pour combien de temps partent-ils ?

Ah ben eux, ils peuvent partir pour des missions d'un an jusqu'à 5-6 ans. Ça, ce sont les missions de développement avec des expatriés qui ont un profil bien particulier et qui effectivement, sont amenés à former des gens...

Partez-vous sur des projets d'urgence également ?

Oui, ça m'arrive mais moins fréquemment. Là, par principe, il faut être capable de partir très très rapidement et de s'adapter au fur et à mesure ...

Comment cela se passe-t-il ? Y a-t-il toujours des antennes de HI déjà sur place ?

Moi en tant que référent, je n'arrive jamais tout tout au début. Alors soit c'est dans un pays où il y a déjà HI ; dans ce cas l'équipe sur place va tout de suite évaluer les besoins en termes de personnes, d'équipement, de projet, etc. Par contre, si HI n'a pas de projet sur place, si c'est un nouveau pays pour nous, dans ce cas on envoie des explorateurs qui sont en fait des spécialistes de l'urgence et qui savent exactement ce qu'il faut faire, qui il faut voir... Maintenant, dans l'urgence c'est un petit peu particulier parce qu'il y a eu une réforme des Nations-Unies il y a quelques années, donc en fait quand il y a une urgence, les Nations-Unies mettent tout de suite en place ce qu'on appelle des *Clusters*, c'est-à-dire des groupes de coordination : santé, "sanitation", protection, etc. La coordination est donc tout de suite prise

en charge par les Nations-Unies et nous, on vient se greffer là-dessus. C'est plus facile finalement !

Quand vous partez en tant que référent technique, partez-vous seul ou avec les référents des autres secteurs ?

Ça arrive qu'on soit deux mais la plupart du temps c'est tout seul... Mais je rejoins une équipe sur place qui elle, est là-bas en permanence.

De qui est composée cette équipe restant sur place ?

C'est très variable. Ça peut être de toutes petites équipes de 3-4 personnes, comme de grosses équipes de 50 personnes. Il y a des équipes comme au Cambodge où nous sommes très nombreux, et d'autres, comme la Thaïlande où on est un expatrié et quatre ou cinq thaïlandais, une petite équipe quoi !

Y a-t-il aussi des professionnels de santé ?

Oui, alors nous HI, on fait des activités dans un peu tous les domaines, qui vont de la prévention du handicap au sens très large puisqu'on a par exemple des projets de sécurité routière, puisque dans certains pays les accidents de la route sont une grande cause de handicap ; actions aussi de déminage... C'est surtout pour ça qu'on est connu en fait, même si c'est pas la majorité de nos actions, mais c'est un peu « sexy » comme thématique ! Des projets aussi d'éducation, d'insertion des enfants handicapés dans les écoles, de formation professionnelle, de réinsertion socio-économique, et de réadaptation. Voilà, donc moi je m'occupe en tant que référent technique, uniquement des projets réadaptation. Et donc dans les pays où je vais, effectivement il y a toujours une équipe qui est plutôt médicale, plutôt réadaptation.

Comment êtes-vous préparé à la mission et au départ ?

Quand on part, il y a d'abord des *termes de référence*. Par exemple, dans un mois je vais en Thaïlande, la mission a besoin d'une orientation puisqu'elle se trouve dans les camps de réfugiés Karens à la frontière de la Thaïlande et de la Birmanie... Les camps de réfugiés s'étalent sur des milliers de kilomètres... Il y a des milliers et des milliers de réfugiés, certains sont nés dans les camps puisque la problématique date d'il y a longtemps... Mais maintenant, c'est en train de bouger en Birmanie donc il commence à y avoir des retours avec la stabilisation du régime en Birmanie, donc du coup, on se demande ce qu'on va faire. Tous les gens qu'on a formés dans les camps... Il faut qu'on se réoriente. Donc soit se réorienter en montant des services toujours dans les mêmes endroits en Thaïlande, soit accompagner les personnes qui vont rentrer en Birmanie pour continuer notre travail auprès des personnes

handicapées, mais en Birmanie. C'est des questionnements qu'on se pose... Donc le terrain, à ce moment là, m'envoie des termes de référence, c'est-à-dire ce qu'ils attendent de moi comme conseils, comme formations (puisque'ils viennent d'engager un nouveau chef de projet qui ne connaît pas du tout la réadaptation, donc je vais le former à tout ce qui approche du handicap, etc.)

Ensuite, je vois avec les disponibilités ; eux, vont s'occuper de mon visa, et puis bon là, ils ne vont pas m'envoyer la *welcome file* (parce que je la connais par cœur ! Mais quand c'est un nouveau pays, oui effectivement, on peut l'avoir (elle contient les numéros de téléphone utiles et les consignes de sécurité qui sont très variables d'un pays à l'autre...)).

J'oubliais l'*ordre de mission*... Il est fait par le siège et il est uniquement administratif. Il est à montrer aux autorités sur place, en cas de problème, ou parce que dans certains pays, c'est aussi obligatoire pour avoir le visa et pour pouvoir travailler avec les partenaires officiels.

En fait, ce qui me sert pour mon travail c'est les termes de référence.

Vous nous aviez parlé par mail de « formations au départ ». De quoi s'agit-il ?

C'est pour les expatriés qui partent pour plusieurs mois, mais on essaie aussi d'en faire pour les expatriés qui partent rapidement, même dans les projets d'urgence... Pour ceux qui partent pour la première fois, bien sûr. Pour la préparation à l'urgence, je ne sais pas exactement combien de temps dure la formation mais au moins 2-3 jours, je pense. Et puis après, pour ceux qui partent longtemps, c'est tout un cursus : il y a un tronc commun pour tous les types d'expatriés, je ne me souviens plus, je l'ai fait il y a quelques années... Et il y a un tronc plus spécialisé pour ceux qui partent sur un projet de réadaptation fonctionnelle, de réinsertion...

Quel est le contenu de cette formation ?

Il y a l'approche multiculturelle, savoir travailler dans une autre culture, dans une autre langue, etc. Travailler en équipe, gérer les conflits, qu'est-ce qu'un projet ? Avec le cycle de projet, comment ça se gère ? Comment marche un projet ? Comment il est financé ? Il y a aussi une formation sur HI, son histoire, sa philosophie, ses valeurs, etc. Pas qu'on envoie un expatrié qui aille porter des valeurs complètement différentes des nôtres ! Voilà, c'est vraiment une formation générale, puis après c'est plus à la carte : si la personne va travailler sur des enfants IMC et ne se sent pas très à l'aise parce qu'elle n'a travaillé avant qu'avec des adultes, on peut lui proposer un stage soit en Europe, soit sur un autre projet qui fait le même type d'activité.

Dans quel cadre se passent vos missions et quels en sont les buts ?

Alors, on a parlé des missions d'urgence et de développement ; il existe également les réseaux et les séminaires. Nous en tant que référents techniques, on est tous dans des réseaux internationaux. C'est ce qui nous permet de ne pas travailler dans notre bulle et de manière

isolée. Donc on se tient quand même au courant de tout ce qui se fait dans le monde, que ce soit au niveau de l'OMS ou dans d'autres thématiques. Et nous-mêmes, nous organisons des séminaires qui sont plus ciblés vers HI, c'est-à-dire vers nos partenaires ou nos missionnés sur place. Par exemple, dans le siège du Luxembourg, c'est un peu notre spécialité, on organise en gros deux séminaires par an, qui sont sur une thématique concernant plusieurs pays, et on les organise dans un des pays qui a connu des succès dans cette thématique. Par exemple, on en a fait un il n'y a pas très longtemps sur la gestion des services de réadaptation et on l'a organisé au Népal, parce que le Népal a vraiment réussi à mettre en place des services de qualité avec une bonne gestion. Et donc dans ce cas là, on fait venir au Népal des gens qui viennent d'Afrique, d'Amérique Latine, du Moyen-Orient, pour une semaine de séminaire.

Il s'agit alors uniquement de personnes travaillant pour HI ?

Non, une moitié de gens travaillant pour HI et l'autre moitié, ce sont leurs partenaires, c'est-à-dire en gros, les gens des ministères. Dans le domaine de la réadaptation, on travaille beaucoup avec le ministère de la santé, donc, par exemple, des directeurs de centres de réadaptation du Burkina-Faso ou de Colombie, etc.

Si nous passons à la mission proprement-dit, dans quelles conditions et dans quel cadre intervenez-vous sur place ?

C'est très très variable. Si on se tient uniquement à la réadaptation, c'est essentiellement dans des hôpitaux, centres de réadaptation (il y en a moins qu'il n'en faudrait). A partir de ces centres de réadaptation, nous essayons de développer, et ça se fait énormément dans les pays en développement, des réseaux communautaires. Je ne sais pas si vous avez entendu parler de la *réadaptation à base communautaire* ?

Oui, une subdivision de la santé communautaire... C'est ça ?

Oui c'est ça. En fait c'est un concept de l'OMS qui vise à décentraliser au maximum toutes les activités de réadaptation. En gros, c'est de dire : au niveau province il va y avoir un kiné par exemple, au niveau district il va y avoir quelqu'un qui n'est pas kiné mais qui a été formé à la kiné des grosses pathologies ou problématiques pendant un an, et dans les villages on va former les gens au cas par cas à faire des mobilisations passives, de la stimulation d'un enfant IMC, des petites choses comme ça... Voilà, donc ça c'est le gros de nos sites : à partir de centres de réadaptation, travailler sur des réseaux communautaires, au niveau district puis villageois.

Dans les programmes, on a aussi beaucoup de réfugiés donc c'est un peu particulier mais c'est toujours dans des structures, qui ne sont pas hospitalières bien sûr, mais des espèces de *semi-centres de réadaptation*. Ce qui est un peu notre spécialité à HI lors de missions en camps de réfugiés, c'est qu'on installe assez vite ce qu'on appelle *les DVFP : disabled and vulnerable*

focal points ; en gros, c'est un lieu qui est connu de tous les réfugiés où on accueille les personnes vulnérables, c'est-à-dire les personnes handicapées, les femmes seules, les femmes enceintes, les enfants non accompagnés, les personnes âgées, pour les orienter. Les personnes viennent là, et on leur assure que toute l'aide qui leur est donnée d'une manière générale par les Nations-Unies ou les autres organismes, parvienne bien en priorité aux personnes les plus vulnérables qui seules, ne pourraient pas y avoir accès. En général, lors de la distribution d'aide humanitaire, c'est toujours un peu le plus fort qui est le mieux servi. Dans ces DFVP, il y a toujours un kiné (souvent expatrié, parfois national mais recruté pour ça) qui va s'occuper des personnes handicapées, donc vraiment leur donner des exercices à faire ou conseiller la famille, l'orienter vers des services beaucoup plus spécialisés.

Les hôpitaux étant souvent dans les grandes villes, en rase campagne, on travaille avec les réseaux communautaires. Mais ces réseaux communautaires sont toujours en relation avec ce qu'on appelle un *centre de référence*. Donc il y a un référencement au niveau du district par exemple, qui est le niveau au-dessus, puis après au niveau du district, ce sont des cas qui doivent être un peu plus pointus, ils sont référencés au niveau provincial, puis au niveau national. Et nous, en général, on travaille avec tous ces niveaux pour former les gens de manière adaptée. Sachant que le niveau national en général supervise techniquement le niveau provincial, qui lui-même supervise techniquement le niveau district, et ainsi de suite.

Comment êtes-vous accueillis et perçus par la population dans les différents pays ? Y-a-t'il un sentiment local de rejet ou de condescendance lié aux actions humanitaires ?

Non ça arrive peu. D'abord parce que dans notre thématique, ce n'est pas très sensible politiquement ; les personnes handicapées sont toujours les plus oubliées par les pays. Mais dans les projets, de développement en tout cas, on intervient toujours suivant une demande. On n'est jamais allé dans un pays en se disant : « Ben tiens, on va faire » ; il y a toujours une demande du ministère de la santé ou du ministère des affaires sociales qui dit : « On a *ce* problème, est-ce que vous pouvez nous aider ? ». Et là, on entre dans une phase de négociations en disant : « ben oui, nous on peut faire *ça*, mais attention, *ça* on ne pourra pas le faire. Il faudra que vous puissiez prendre en charge *ça*, financer les salaires, etc. ». A partir du moment où on tombe d'accord, on commence à travailler.

Dans l'urgence, c'est un peu différent parce qu'il n'y a pas de demande ; la demande c'est la catastrophe humanitaire. Donc là en général, les gens sont toujours très contents de voir du monde arriver, y compris nous ! Donc c'est vrai que dans un premier temps, il n'y a pas de problème.

Ce qui arrive parfois, c'est que lorsqu'il y a une grosse catastrophe et un gros afflux d'humanitaires qui arrivent, une fois passée la grosse crise, il y a toujours des frustrations, des gens qui se disent : « Il y a eu plein d'argent qui a été déversé dans le pays et moi, ma maison est toujours par terre... » ; et là, il commence à y avoir des réactions de personnes qui s'étonnent, parfois à juste titre, de l'afflux de l'aide et qui sont frustrées de n'avoir rien. Ça se remarque en Haïti. On a eu aussi de petits problèmes en République Démocratique du Congo où il y a une grosse mission des Nations-Unies, avec toujours de gros conflits... Et nous, le

logo de HI est bleu et blanc, exactement les mêmes couleurs que les Nations-Unies. Et il est arrivé qu'on se prenne des pierres sur la voiture ou des choses comme ça, mais c'est surtout parce que les gens nous confondent avec les Nations-Unies ; ça ne vise pas HI. Les gens savent faire la part des choses.

Pouvons-nous revenir sur la population bénéficiaire des missions... ?

Dans les projets d'urgences, c'est les victimes de conflits ou des catastrophes naturelles. Mais sinon, ce sont soit les personnes handicapées, soit les personnes potentiellement handicapées...

Vous (HI en général) intéressez-vous uniquement aux handicaps moteurs ?

En théorie, toutes les formes de handicaps. Mais c'est un peu lié à notre histoire, on a un gros focus sur les personnes handicapées moteur. Je dirai que le handicap moteur correspond, à vue de nez, à 70% de nos bénéficiaires, mais on a le mandat de s'occuper de tous les types de handicaps. C'est plutôt lié à l'histoire de HI qui est né dans les camps de réfugiés, avec les amputés par mines, etc. Et aussi le fait qu'il y a d'autres organisations qui sont beaucoup plus spécialisées que nous dans les handicaps sensoriels par exemple. Donc du coup, on ne va pas leur marcher sur les pieds. On préfère faire des alliances plutôt que de faire des compétitions avec d'autres organisations. Il y a de la place pour tout le monde, malheureusement.

Justement, comment se passe la cohabitation avec les autres organisations sur place ? Est-ce que vous vous complétez professionnellement parlant ?

Oui tout-à-fait ! C'est le cas par exemple avec Médecins Sans Frontières... Dans deux semaines, je vais au Burkina-Faso dans les camps de réfugiés maliens (les Maliens qui ont fui la crise politique et qui se retrouvent maintenant réfugiés au Burkina-Faso). Donc là, c'est MSF qui a monté des centres de nutrition pour les enfants malnutris, et ils ont demandé à HI d'envoyer des kinés pour la stimulation de ces enfants. C'est vraiment le type l'alliance très courante sur le terrain.

Vous parlez d'amputés... Est-ce que HI fait les appareillages sur place ou ramène du matériel déjà prêt suivant les besoins ?

Dans les cas d'urgences, ce sont des appareillages qui sont déjà faits et acheminés sur place, du high-tech ! On peut donc appareiller les gens très rapidement parce que le but est d'être le plus rapide possible.

Par contre, dans les contextes de développement, on va former les gens à fabriquer les appareillages. J'ai un bon exemple pour ça, c'est le tremblement de terre d'Haïti. Ça a été une catastrophe un peu particulière parce qu'il y a eu beaucoup d'amputés... Il y a plusieurs

explications possibles à cela, notamment la lenteur des secours... Donc on a fait venir des prothèses qui étaient juste à assembler sur les gens sur place. Mais il faut savoir qu'une prothèse a une durée de vie d'un ou deux ans, donc on ne pouvait pas laisser ces gens repartir en leur disant : « Débrouillez-vous pour la prochaine ! », et sachant qu'il y aura de gros besoins, on a fait un partenariat avec une école au Salvador en Amérique Latine, donc pas très loin, qui a monté une école en Haïti. Donc on est en train de monter une école de formation des techniciens appareilleurs en Haïti. Ce sont des professeurs du Salvador qui viennent et qui forment des Haïtiens.

La mise en place de centres de formations se fait donc toujours au cas par cas suivant cette même démarche ?

Oui, il faut déjà le besoin, effectivement, mais il faut aussi qu'il y ait une demande du pays. Si par exemple en Haïti, le ministère de la santé nous avait dit : « Non non, on ne pourra jamais payer des techniciens appareilleurs », ça ne sert à rien d'en former s'ils vont après vendre des glaces !

C'est donc une négociation en fonction du contexte, des besoins, de la politique...

Avez-vous déjà créé une école de kinésithérapie quelque part ?

Il y a eu des écoles de kinés créées par HI, à ma connaissance à Lomé au Togo, au Cambodge et c'est en train de se faire en Haïti.

Dans le cas de Lomé par exemple, pourquoi le gouvernement s'adresse-t-il à vous pour la construction d'une école ?

Parce que HI est quand même assez connu... C'est vrai que dans le monde, il n'y a pas énormément d'organisations qui s'occupent de la réadaptation, et on doit faire partie des plus importantes... Mais en général, c'est vrai que les demandes viennent des pays où on est déjà présent, c'est-à-dire où on y a déjà mené des actions, comme au Cambodge, en Afrique de l'Ouest, donc c'est vrai que du coup, on est connu sur place.

Malgré le fait que vous ne soyez plus en première ligne maintenant, pouvez-vous nous parler de la nature des soins dispensés ?

C'est très très variable, ça dépend des pathologies. On travaille beaucoup sur les enfants IMC par exemple. On a commencé à travailler beaucoup sur les amputés mais maintenant, de moins en moins... Par exemple au Cambodge, on a commencé avec les amputés par mines, maintenant on continue à travailler dans l'appareillage mais c'est de plus en plus avec des amputés de la route ou des amputés d'accidents du travail. D'autres projets sont beaucoup plus dédiés aux maladies invalidantes et chroniques, par exemple le diabète, la filariose

lymphatique, la lèpre... Donc c'est très variable en fonction des projets, mais globalement au niveau international, l'appareillage et le travail auprès des enfants IMC prédominent.

IMC, c'est intéressant car c'est vraiment du travail à tous les niveaux. On va travailler avec des médecins, des appareilleurs, beaucoup de kinésithérapeutes, mais aussi beaucoup dans la communauté parce que le rôle de la famille est très important... On va pouvoir former ces gens-là aussi à des activités de stimulation, d'éveil des enfants. C'est vraiment très intéressant parce que c'est un travail très large et à tous les niveaux.

Comment se passe la formation / l'éducation des familles et des patients ? (en groupes, cours, démonstrations de techniques...?)

Très variable. Ça peut se faire par groupes ; quand il y a des centres de réadaptation par exemple, avec beaucoup d'enfants IMC, on va essayer dans la mesure du possible (les déplacements sont toujours un gros problème) de faire des journées spécifiques où les familles vont venir un jour fixe pour recevoir des conseils, échanger entre elles (très bon impact au niveau de l'éducation)... Quand ce n'est pas possible, ça se fait au cas par cas de manière individuelle. On forme toujours des formateurs. Ça peut être des formateurs au niveau national qui vont eux-mêmes former des gens au niveau province, qui vont eux-mêmes former des gens au niveau district, qui vont eux-mêmes former les familles. Ou alors, on intervient à niveau intermédiaire (niveau district).

Quels sont les objectifs de HI concernant la formation des familles et des patients ?

C'est de continuer les séances à long terme. De toute façon, on manque de professionnels de santé quels qu'ils soient, mais en particulier de kinésithérapeutes. Je ne parle même pas des orthophonistes, des psycho-motriciens par ce que là-bas, ça n'existe pas. Donc on manque de tout... Les rôles joués par les kinésithérapeutes, les psycho-motriciens ou les ergothérapeutes en Europe, vont devoir être transférés à la famille ou à la communauté. Donc en fait c'est ça l'objectif des formations qu'on donne : c'est de décentraliser au maximum, de manière à ce que la personne ait au final une prise en charge aussi globale et aussi qualitative possible, mais avec les moyens du bord !

Les techniques enseignées sont-elles les mêmes que celles que nous pratiquons en Occident ?

Oui... L'avantage de notre métier, c'est que nous n'avons pas besoin de beaucoup de matériel ; et finalement c'est les mains et le bon sens qui font le plus. Alors bien sûr, ça dépend... Pour l'appareillage par exemple, c'est autre chose parce qu'on a besoin de matériel et de machines. Dans ce cas, on va travailler de manière adaptée avec le pays (ressources et matériaux du pays). Pour ce qui est de la kinésithérapie, oui, c'est finalement assez semblable. Sauf pour les techniques... Là par exemple, je vais aller dans des camps de réfugiés maliens où on va

travailler avec des enfants malnutris, et ces enfants malnutris ont souvent des affections respiratoires associées ; et donc là, on va travailler uniquement sur la stimulation, parce qu'on a fait le choix de ne pas travailler du tout sur la kinésithérapie respiratoire, parce que c'était très dangereux de former des gens qui n'étaient pas des professionnels et qui n'avaient pas les bases suffisantes. Donc voilà, on s'adapte...

Où est la limite de risques entre les gens à former et ceux qu'on ne peut pas former ? Et qui fixe cette limite ?

Ben en fait, c'est un peu mon boulot. C'est le boulot des référents techniques de dire : « Ca on va pouvoir faire, ça on ne peut pas », et de fixer les objectifs en fonction des contextes.

Au niveau de l'équipement sur place... ?

Alors, HI évite de ramener du matériel sur place, sauf dans les contextes d'urgence. Sinon c'est contre notre politique, et c'est vrai que c'est parfois un problème. Par exemple ici (siège de HI Luxembourg), on reçoit presque tous les jours des appels de gens très bien attentionnés qui disent : « Voilà, j'ai un fauteuil roulant, une paire de béquilles, est-ce que je peux les donner ? ». Ils sont parfois surpris de la réponse : « Tiens, vous refusez ça alors que ça pourrait vous rendre service », mais non. Notre politique c'est plutôt de nous dire : « On ne va pas leur donner de fauteuils roulants, on va leur apprendre à faire des fauteuils roulants avec les moyens dont ils disposent ». Ca peut être des fauteuils roulants en bois, en bambou, en inox, en acier, en fonction de ce qui est disponible dans le pays et en fonction des prix.

Par contre, on récupère les appareillages parce qu'à Lyon, on a une usine qui fait du reconditionnement des composants d'appareillage : les genoux, les chevilles, les pieds de prothèses, etc. Mais uniquement dans un but pédagogique, puisqu'on envoie nos matériaux aux écoles de techniciens appareilleurs avec lesquelles on travaille pour leur apprendre plusieurs types de techniques. Mais c'est la seule exception, sinon on ne récupère jamais de matériel.

Quels sont les résultats obtenus sur la formation et l'éducation ? Comment s'organise le suivi ?

Les projets de développement sont des projets à long terme donc on est dans un processus continu de formation→évaluation→formation→évaluation... Et qui va à tous les niveaux. Donc ça, c'est aussi un peu mon travail : évaluer les formations qui sont faites en allant voir, non seulement les formateurs, mais aussi les personnes formées et les bénéficiaires. C'est ça qui est intéressant : aller vraiment au fin-fond des villages voir la formation. Par exemple, la formation à la prise en charge de l'IMC qu'on a donné il y a trois ans... Finalement le petit enfant qui si trouve au fin-fond du pays, qu'en a-t-il sorti concrètement ? Est-ce que ça a changé sa vie ou pas ?

Et alors ? Est-ce que ça a changé sa vie ?!

En général oui ! C'est pas toujours évident, mais c'est vrai que c'est parfois une petite satisfaction de voir que c'est arrivé au bout de la chaîne. La difficulté qu'on a, c'est que parfois, les projets sont fonctions des financements qu'on a, donc c'est trois ans, cinq ans... Mais si on a un projet qui s'est terminé il y a trois ans, c'est assez difficile de retourner l'évaluer plusieurs années après.

Quel est votre ressenti personnel en retour de mission ? Quel retour avez-vous à faire à HI ?

Quand je fais une mission, il commence déjà à y avoir une restitution avec l'équipe sur place, parfois aussi avec les partenaires, le ministère. Et suite à ça, je vais faire un rapport qui sera partagé avec l'équipe sur place. A partir de là, le rapport est diffusé de manière plus large : partenaires, ministères, etc. Il peut être diffusé aussi parfois à d'autres ONG s'il y en a qui sont impliquées sur le même projet ; et au siège bien sûr.

Si nous comprenons bien, vous allez sur place au début de la mission pour analyser les besoins, et à la fin pour voir comment ça a évolué, c'est ça ?

Oui, entre autres, oui oui.

Nous aimerions vous parler de notre petite expérience au Bénin, afin de voir si vous auriez des conseils, des suggestions ou des remarques concernant les actions et le fonctionnement d'Amis d'Gens. Il s'agit d'une association nancéenne d'étudiants en médecine, en kinésithérapie et en ergothérapie. Elle organise des ventes et des événements pour collecter des fonds durant l'année scolaire. L'intégralité de la somme est reversée aux partenaires qui sont la mairie de Lokossa et un orphelinat de la ville. En contrepartie, nous avons accès aux différents services de soins de la ville lorsque nous y allons en été. Nous collectons également du matériel médical et de rééducation durant l'année (durant nos stages) avant de partir afin de leur ramener sur place. L'association fait aussi la promotion de l'éducation et à ce titre, elle a déjà financé nombre de salles de classes dans les zones reculées de la ville.

C'est une approche complètement différente de la nôtre, mais que je pense tout aussi nécessaire. Dans des pays comme le Bénin, heureusement qu'il y a des associations comme ça, qui vont là où personne ne va ! Nous, on n'a pas du tout cette approche là, qui est plutôt une approche caritative, mais je trouve qu'il faut le faire aussi.

Le conseil que je pourrai vous donner, c'est de faire attention quand il y a beaucoup de roulement comme ça, c'est-à-dire que vous, vous allez y aller, et l'année prochaine d'autres kinés vont y aller et vont dire « Non, ça c'est pas bien, il vaut mieux faire comme ça, ou ramener plus de ça », c'est toujours le danger quand il y a du roulement et pas beaucoup de contrôle au-dessus. Mais bon, il faut savoir faire la part des choses aussi.

Je sais qu'au Bénin, si vous travaillez dans la réadaptation, ce serait pas mal de vous mettre en contact avec HI là-bas, parce que je crois qu'on a un bureau à Cotonou... Les informer de ce que vous faites aussi, parce que je pense qu'ils peuvent vous donner des conseils comme ils connaissent bien le pays.

Merci pour ces conseils. Une toute dernière question à propos de la médecine traditionnelle... y êtes-vous aussi confronté ? Nous pensons notamment au Vaudou, comme nous avons pu avoir à y faire au Bénin...

Oui, dans tous les pays quasiment, il y a ce qu'ils appellent *la médecine traditionnelle* qui se transmet de père en fils, etc. Le truc, c'est qu'il ne faut surtout pas entrer de front là-dedans et dire aux gens : « N'écoutez plus ces gens là... », parce qu'une fois que vous serez partis, de toute façon ils vont y retourner parce que c'est un ancrage culturel tellement fort... Donc dans la mesure du possible, il faut essayer de travailler avec, et même de les impliquer. Nous, on le fait pas mal dans les pays où on a des projets de santé maternelle infantile par exemple, où les sages-femmes traditionnelles sont sollicitées directement par les femmes enceintes avant d'aller dans les dispensaires, parce qu'elles sont plus proches géographiquement mais aussi proches culturellement et elles se sentent plus à l'aise. Donc plutôt que de dénigrer ces accoucheuses traditionnelles, on va essayer de les former pour qu'au moins elles donnent de bons conseils aux femmes enceintes et pour l'accouchement. Donc c'est vrai que l'approche n'est pas évidente parce qu'il faut que nous, on fasse des compromis vis-à-vis de nos certitudes... C'est pas évident. C'est vrai que c'est un gros challenge, oui.

Très bien, merci pour cet entretien Mr Le Folcalvez.

De rien, merci à vous pour votre mémoire !

Figure 1 : Retranscription écrite de l'entretien du 03 mars 2014 avec un professionnel de l'humanitaire.

WELCOME FILE

Bienvenue sur le programme du Burkina

Informations sur le Burkina Faso

❖ GEOGRAPHIE

Le Burkina Faso est situé en Afrique de l'Ouest à l'intérieur de la boucle du Niger à plus de 500 km au Nord du Golfe de Guinée (l'Océan Atlantique).

Pays Continental de 274.000 km², le Burkina Faso est limité au Nord et au Nord-est par les républiques du Mali et du Niger, au Sud et au Sud-est par les républiques de la Côte d'Ivoire, du Ghana, du Togo et du Bénin.



- **Superficie** : 274 200 km²
- **Population** : 16,2 millions
- **Capitale** : Ouagadougou
- **Principales ethnies** : Mossi (40%) Gourounsi, Senufo, Lobi, Bobo, Mande, Fulfuldé, Peuls (60%).
- **Religions** : Islam (50%), Animisme, (40%), Catholicisme (10%).
- **Langues** : langue officielle : français ; une soixantaine de langues nationales dont les 3 principales sont le mooré, le fulfudé (Peul), dioula.
- **Politique**: Forme : République avec parlement monocaméral
 - Régime démocratique semi-présidentiel (depuis 1991)
 - Président actuel : Blaise Compaoré (depuis 1987)
 - 1er ministre : Luc Adolphe TIAO (depuis avril 2011)

- **IDH : 0,389 (173ème/177) (PMA).**
- **Economie : PIB : 7948 millions\$ (agriculture : 37%; industrie : 24%; services : 38%)**
 Croissance : 4,2 (2009)
 Forte dépendance à l'exportation (Coton, or)
 Déficiences des réseaux de transport, de télécommunications et d'énergie

❖ HISTORIQUE POLITIQUE

1896	Le royaume Mossi de Ouagadougou devient un protectorat français.
1898	Conquête de ce qui deviendra plus tard, le territoire du Burkina.
1904	Intégration au sein de l'A.O.F (Afrique Occidentale Française) dans la colonie du Haut-Sénégal-Niger.
1914-1918	Participation de la population au conflit mondial, au sein des bataillons des tirailleurs sénégalais.
1er mars 1919	Edouard Hesling devient le 1er gouverneur de la nouvelle colonie de Haute Volta.
5 septembre 1932	Démembrement de la colonie et partage des territoires entre la Côte d'Ivoire, le Mali et le Niger.
4 septembre 1947	La Haute Volta est constituée à partir de ses frontières délimitées en 1932.
11 décembre 1958	Elle devient une république membre de la communauté franco-africaine.
9 février 1959	Election de Maurice Yaméogo à la Présidence de la république.
5 août 1960	La Haute Volta devient indépendante.
4 janvier 1966	L'armée renverse Maurice Yaméogo et le colonel Sangoulé Lamizana prend le pouvoir.
28 mai 1978	Election de Lamizana à la Présidence.
24 novembre 1980	Coup d'état militaire. Le colonel Saye Zerbo prend le pouvoir.
1982	Nouveau coup d'état, Jean-Baptiste Ouédraogo est mis à la tête de l'Etat.
4 août 1983	Le Conseil National de la Révolution désigne Thomas Sankara comme chef de l'état.
4 août 1984	La Haute Volta devient le Burkina Faso (<i>la patrie des hommes intègres</i>).
15 octobre 1987	Assassinat de Thomas Sankara. Blaise Compaoré prend le pouvoir. Coup d'état nommé « <i>rectification</i> », en opposition au régime précédent, qualifié de révolutionnaire, et de ses soi-disantes exactions.
2 juin 1991	Nouvelle constitution adoptée par référendum.
1er décembre 1991	Election de Blaise Compaoré à la tête de l'Etat. Il sera réélu plusieurs fois (en novembre 1998, et en novembre 2005 et en novembre 2010).

❖ CLIMAT

Le Burkina Faso est partagé entre :

- Une zone sahélienne située au Nord du 14^e parallèle qui reçoit environ 400 à 600 mm de pluie par an. La saison des pluies a une durée moyenne de 3 à 4 mois.
- La zone sub-sahélienne située au nord du plateau mossi entre le 13^e et le 14^e parallèle reçoit une pluviométrie annuelle de 600 à 750 mm pour une durée de 4 mois.
- La zone nord-soudanienne couvre la région centrale du pays entre 11°30' et 13° Nord. Elle reçoit une pluviométrie comprise entre 750 et 1 000 mm pour une saison d'environ 4 à 5 mois.
- La zone sud-soudanienne située au sud du 11°30' nord reçoit une pluviométrie comprise entre 1 000 et 1 300 mm et la saison des pluies s'étale sur au moins 5 mois. On note trois saisons, avec des nuances importantes entre le Nord Est (Sahel) et le Sud Est (Frontière Côte d'Ivoire). Ainsi en traversant le Pays, on passe de paysages quasi désertiques à une savane arborée puis des champs de canne à sucre.

❖ CONTEXTE SECURITAIRE

✓ Contexte Sécuritaire. Niveau 1 / 4. Risques limités

- Eviter tout déplacement seul la nuit, à pied ou en Taxi
Plusieurs cas d'agressions ont en effet été recensés ces derniers mois, concernant pour la plupart des femmes se déplaçant de cette façon.
- Préférer, si vous devez vous déplacer la nuit, les trajets en voiture et/ou accompagnés.
- Eviter de circuler avec de grosses sommes d'argent.
- Se déplacer avec une photocopie de son titre d'identité, dont l'original est gardé à l'Hôtel.
- En cas d'agression, ne pas tenter de résister. Certains assaillants possèdent des armes et n'hésitent pas à s'en servir.

L'insécurité à Ouagadougou n'est pas particulièrement élevée au regard des autres capitales régionales voire européennes. Mais le phénomène existe, ce qui doit inciter chacun à un minimum de vigilance.

Quelques conseils

- Aucune somme d'argent ni faveur personnelle ne doit être demandée ou acceptée de toute part ;
N'acceptez jamais de cadeaux « sensibles » de qui que ce soit : Pierres précieuses, matériel militaire, drogue, etc .. ;
- Ne répondez pas aux altercations de personnes qui sont sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue et quittez les lieux rapidement. Dans tous les cas, conservez votre sang froid et gardez le plus de dignité possible.

Constant Companion

HANDICAP INTERNATIONAL Vievre debout Constant Companion Burkina Security (Bureau HI 50 36 28 73)	
DP.....(+226) 76 69 00 71 / 50 36 92 11 FSO Ouagadougou.....(+226) 76 18 50 02/50 36 95 23 Ministère de la sécurité (police)..... 50 32 60 69/ 66 Commissariat...(DG Mr Paul Songou)..... 17 Gendarmerie secours..... 50 30 62 71 Centre National de veille et d'Alerte..... 1010 POMPIER...(Colonel KEITA)..... 18 // 50 31 47 92 à 94 Ambassade de France permanence.....70 33 93 69 Consulat de France permanence.....78 71 86 07 Att. Déf JAMAIN.....50 49 66 70/ 79 Itotier (Daniel GRANIER).....76 08 77 71 / 50 36 90 46 Adjoint (Serge HERNICOT).....76 54 98 84 / 50 36 14 61 UN Sécurité (MBAYE Idrissa).....75 87 00 05/ 50 49 06 56	CSR (C. BAGNOA) 76 64 30 78 / 71 50 17 11 CPI (Badini Ousseini) 76 65 98 42 / 78 02 23 42 Cdp EI (E koudougou).....75555706 / 70255895 Cdp READ (A. GONOMBO)..... 76 26 00 97 / 71 26 88 13 Cdp EFTP (D.KABORE).....75 02 21 00 / 70 45 83 23
Médical Permanence médicale CMI.....70 20 00 00 / 50 30 66 07 Drs PETER ou MOUXAUX Clinique Les Flamboyants.....70 20 56 06/ 50 30 76 00 Dr ATIVON K. Yves	Headquarters Switchboard HI+33 4 78 69 79 79 / +33 478 38 40 20 Numéro de permanence (nuits and week-ends)...+33 624 65 05 84 Desk Officer+ 33 4 78 68 67 29/ 6 67 97 30 24 Security Officer.....+ 33 4 78 69 79 37/ 6 60 97 10 83
	Transports Chauffeur1...(A. TOE).....76 10 95 40/70 23 78 78 Chauffeur 2 (jour)...(P. GANSONRE).....76 62 10 83 Chauffeur 3 (nuits et week-ends)...(A. TOE) 76 10 95 40/70 23 78 78 Compagnie de taxi...(taximan Aloïs)78 42 47 24 Compagnie d'ambulance (CMI).....50 30 66 07 / 70 20 00 00
	Others International SOS.....(33) (0) 1.55.633.155

❖ BON A SAVOIR

✓ Religion

Les Burkinabés se partagent entre 3 religions : *l'animisme*, *l'islam* et *le christianisme*. Les proportions donnent à peu près 60,5% de musulmans, 15,3 % d'animistes et 23,2 % de chrétiens (catholiques, protestants et de plus en plus de sectes parachrétiennes). En vérité, on peut dire que la plupart des Burkinabés, même convertis à une autre religion, continuent à pratiquer un certain nombre de rites animistes (au début des années 1960, deux tiers des Burkinabés étaient animistes).

L'animisme recouvre l'ensemble des religions traditionnelles pratiquées par les paysans. On parle parfois aussi de fétichisme. Les principales ethnies qui pratiquent l'animisme sont les Mossis, les Gourmantchés, les Gourounsis, les Bobos, les Sénoufos, les Lobis, les Bissas...

❖ CUISINE ET BOISSON

✓ Cuisine

Le plat national est le *tô* (ou *saghbo* en moré), une pâte à base de farine de mil, de maïs ou de sorgho accompagnée d'une sauce. Par exemple, la fameuse *sauce gombo*, verte et gluante, à base d'oseille. Mais on le trouve rarement dans les restaurants : c'est un plat de brousse, de village, et avant tout familial.

Les *viandes* (chèvre, mouton, poulet, pintade...) sont généralement braisées au charbon. Les volailles sont parfois frites ou à la broche. Le poisson est rarement consommé, car assez cher pour les bourses moyennes.

Le *riz* est une céréale très utilisée dans la cuisine burkinabè. Cuit à la vapeur ou dans l'eau, il est souvent servi sous l'appellation de « *riz-sauce* », avec une sauce à base de pâte d'arachide épicée ou une sauce tomate. On le fait aussi revenir dans l'huile qui a servi à cuire la viande, c'est le « *riz gras* ».

Le *dégué* est un yaourt brassé avec des grains de petit mil, à boire frais. Il existe aussi, comme ailleurs en Afrique, la « bouillie », servie chaude et onctueuse, et consommée le matin. Enfin, dans les villes, on trouve de nombreux restos étrangers : cuisine française ou italienne, chinoise et vietnamienne (à Ouaga) ou encore ivoirienne, sénégalaise et togolaise.

✓ Boissons

- **La bière** : fait office de boisson nationale. Les blondes *Sob.b.bra* et *Brakina*, très bon marché, sont brassées au pays. La *Flag* vient du Sénégal : elle est brassée ici sous licence, tout comme la *Castel*. Enfin, la *Guinness* remporte un franc succès chez les gens aisés. Les Burkinabés sont d'immenses consommateurs de bière
- On trouve partout les « *sucreries* », telles que *Coca*, *Fanta* ou du tonic.
- **Le jus de tamarin** : très bon pour la digestion.
- **La bière de mil ou « dolo »** : boisson traditionnelle fabriquée à partir d'épis de mil rouge et servie dans unealebasse. On en consomme énormément dans les « cabarets » des villages mossis, lobis et sénoufos, en brousse. Plus ou moins alcoolisée selon la durée de fermentation.
- **Les jus** de bissap, gingembre, ananas... Vendus par des gamins équipés de glacières bleues, sous forme de petits sachets glacés et extrêmement bon marché.
- **Le zoom-koom**, ou « eau de bienvenue » : boisson préparée avec du mil et du gingembre.
- Enfin, le *café* et le *thé* : amateurs, prenez votre mal en patience. Impossible de trouver autre chose que ces substituts que sont le *Nescafé* et le *Lipton*. Les Burkinabés les boivent très, très sucrés. Dans les restos à l'européenne, on peut néanmoins boire un *espresso*.

❖ MONNAIE ET CHANGE

La monnaie locale est le Franc CFA dont le taux de change est fixe par rapport à l'euro
1 euro = 655,957 F CFA. Le dollar est à 436 fcfa au jour du 16/04/12 (source internet)

Possibilité de retirer de l'argent très facilement auprès de distributeurs automatiques des banques dans le pays et même à l'aéroport ; le change se fait aussi dans certains hôtels et restaurants. (Card visa et mastercad)

Les opérations de change se font également dans les banques, dans les principaux hôtels et dans quelques agences de change.

❖ TOURISME AU BURKINA FASO

Le Burkina a des atouts qui ne sont pas négligeables pour un tourisme d'aventure et de contact : diversité des paysages, abondance de la faune sauvage, richesse et diversité de son patrimoine culturel et ethnique, sans oublier l'hospitalité de ses habitants.

- L'ouest du Burkina possède tous les atouts pour un tourisme de découverte : cascades de karfiguéla, pics de sindou, Dome de Fabédougou, Mont Ténankourou, lac aux hippopotames de Tingréla, falaise de Banfora, sans oublier l'attrait touristique de la vieille cité historique de Bobo Dioulasso, etc,...
- Le centre, où est situé la capitale Ouagadougou, compte tenu de la qualité de ses infrastructures hôtelières attire un tourisme d'affaires et de congrès autour de ses grandes rencontres économiques et culturelles : FESPACO, SIAO, Nuits Atypiques de Koudougou,...
- Le sahel propice à un tourisme d'aventure et de découvertes humaines auprès des peuples nomades touareg, peul, Bella,...et de leurs grands rassemblements périodiques : marché de markoye, de Gorom-Gorom, Dune d'oursi et ses campements touaregs sans oublier les sites archéologiques riches en gravure rupestre : Markoye, Aribinda...
- L'est est la région des grands parcs nationaux et des réserves pour un tourisme de chasse et de vision. Le tourisme de vision est cette activité qui consiste à voyager, à parcourir un lieu d'intérêt, en occurrence une aire de protection faunique.

❖ INFORMATIONS UTILES

- l'adresse de l'Hôtel :

PACIFIC Hôtel avenue de l'UEMOA, O1 BP 5818 Ouagadougou 01, tél + 226 50313037, Fax 50 31 30 39, e-mail hotel.pacific@fasonet.bf, www.pacific-hotel.bf, Directrice commerciale de l'hôtel Mme NIKIEMA Assétou tél. + 226 70263969

- Et le contact téléphonique du bureau HI et de la personne en charge de votre réception sont :
[REDACTED] ou le N° de GSM suivant [REDACTED]

Un employé HI et le chauffeur de la navette de l'hôtel vous accueilleront à l'aéroport, bien entendu votre nom et le logo HI seront visibles dans la zone de réception des bagages où nous

devrions avoir accès.

Vous serez conduit directement à l'Hôtel Pacific.

❖ **LISTE DES RESTAURANTS DU CENTRE VILLE (à coté de l'hôtel Pacific)**

N°d'ordre	Nom du restaurant	Spécialités	Contact
1	Chez Haregua	Ethiopienne	50 50 52 38
2	Kim Son	Vietnamienne	50 30 88 31
3	Laa Visha	Libanaise	50 30 18 38
4	Ran de l'Inde	Indienne	50 33 08 49
5	Chez Simon	Européenne	50 33 21 46 50 30 26 92
6	Le Moulin Rouge	Européenne	50 30 66 63
7	Le Cappuchino	Européenne / Pâtisserie	70207002 70207006
8	Les 4 saisons	Européenne	50300624
9	Le Verdoyant	Européenne / Pizza	50 31 54 07
10	Le Restaurant Chinois	Chinoise	50 31 18 60

❖ **BARS**

NOM	NUMERO DE TELEPHONE
LE BUREAU	50 30 08 57
SOHW BIZ	50 30 53 63
UNCLE SAM	50 39 88 99

❖ NIGHT CLUB

NOM	NUMERO DE TELEPHONE
BIBLOS	70 25 41 23
PAPAGAYO	70 25 41 23

Nombreuses adresses à découvrir ultérieurement.

Bienvenue au Burkina Faso.

Pour tous renseignements complémentaires l'adresse à utiliser est :





Vivre debout

PROGRAMME RWANDA

**TERMES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION FINALE
PROJET READAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE**

Septembre 2012

Pays : RWANDA

Titre du projet : «Soutien à la politique de décentralisation en vue d'une inclusion communautaire, sociale et économique des personnes en situation de handicap vivant en zones rurales au Rwanda »

Durée du projet : 48 mois (De janvier 2009 - Décembre 2012)

Coût du projet : 800 000 Euros

Type d'évaluation : Evaluation finale externe du projet

Date d'évaluation : Novembre 2012

Financier : Union Européenne et Handicap International

A. Contexte

1. Contexte générale

Créé en 1982 et co-lauréat du Prix Nobel de la Paix en 1997, Handicap International (HI) est une organisation de solidarité internationale spécialisée dans le domaine du handicap, indépendante, non gouvernementale, non confessionnelle, sans affiliation politique et à but non lucratif. Elle intervient dans les situations de pauvreté et d'exclusion, de conflits et de catastrophes. Œuvrant aux côtés des personnes handicapées et des populations vulnérables, elle agit et témoigne, pour répondre à leurs besoins essentiels, pour améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

Handicap International œuvre au Rwanda depuis 1994 pour accompagner la population, la société civile et l'Etat rwandais dans ses efforts de reconstruction et de développement pour que les personnes vulnérables et en particulier les personnes en situation de handicap ne soient pas oubliées. Avec les partenaires rwandais, notre organisation intervient dans 3 domaines notamment :

- La Prévention et la prise en charge des maladies invalidantes et chroniques dont le VIH Sida ;
- Le Développement inclusif dont l'Education Inclusive et la Réadaptation à Base Communautaire ;
- La Promotion de la santé mentale et la lutte contre les violences liées au genre via une approche communautaire.

2. Contexte du projet

La situation des personnes handicapées est bien connue puisque le recensement général de la population rwandaise de 2002 révèle que « le Rwanda compte 308 501 personnes ayant déclaré souffrir d'un handicap majeur » soit une prévalence de 3,9 %. En 2010, le Rwanda compte 522 856 personnes handicapées d'après le recensement organisé par le MINALOC (Ministère de l'administration locale). Les personnes handicapées font face à la discrimination et ont un accès très limité aux services.

Pour répondre à cette problématique, HI a démarré un projet de réadaptation à base communautaire (RBC) en janvier 2009 pour une durée de 4 ans grâce à un cofinancement de l'Union Européenne (UE). Ce cycle de projet fait suite à 3 phases précédentes, achevées en décembre 2008, par lesquelles il s'agissait de mettre en place un dispositif de réadaptation fonctionnelle (kiné et ortho) au sein du secteur public.

Dans une démarche pilote, le projet en cours s'appuie sur 3 piliers : appui institutionnel, développement des compétences des professionnels de la santé et RBC.

Le projet consiste à intervenir dans 4 districts (un district par année de projet) afin d'intégrer un dispositif RBC dans le « paysage institutionnel et communautaire » d'un district en s'appuyant sur les systèmes et acteurs en place. Les groupes cibles sont les autorités du district et les autorités de base, les professionnels de la santé, les agents de santé communautaire, les élus du Conseil National des Personnes Handicapées (ancienne Fédération Nationale des Personnes Handicapées (FENAPH), les directeurs et enseignants d'écoles primaires, ainsi que les personnes ressources des communautés présentes dans les districts ciblés. La démarche préconisée s'appuie sur l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et intègre les dimensions santé, éducation, moyens de subsistance, affaires sociales et autonomisation.

En année 4 du projet, il est prévu une évaluation finale et externe qui permettra d'identifier le niveau d'atteinte des objectifs, résultats attendus et indicateurs du projet. HI recherche un consultant externe auquel l'évaluation sera confiée.

B. Période de mise en œuvre et Zone d'intervention:

Le projet est d'une durée de 4 ans, en raison d'une année par district. La 1^{ère} année a été consacrée au district de Rusizi, le 2^{ème} au district de Huye, la 3^{ème} au district de Musanze et tandis qu'en 2012 il opère à Kayonza. Des activités dans un 5^{ème} district qui est Ruhango ont été mises en œuvre parallèlement aux celles de 4 districts susmentionnés.

C. Objectifs et résultats attendus du projet

a. Objectifs globaux :

1. Les personnes en situation de handicap vivant en zones rurales accèdent à une meilleure insertion économique et sociale conformément aux prescrits de la législation rwandaise.
2. Les compétences des professionnels de la santé sont renforcées et développées grâce à l'amélioration des cursus de formation initiale et l'apport de formations continues.
3. Le dispositif national de réadaptation des handicaps physiques accroît ses capacités de réponse aux besoins de la population concernée et intègre dans ses missions le développement d'une approche de Réadaptation à Base Communautaire.

b. Objectif spécifique :

La politique de décentralisation mise en œuvre par l'Etat Rwandais permet une meilleure inclusion communautaire, sociale et économique des personnes en situation de handicap dans les districts ruraux de Rusizi, Huye, Musanze, Kayonza et Ruhango.

c. Résultats attendus

Résultat 1 : Le département « Réadaptation des Handicaps Physiques » (RHP) du MINISANTE conduit le « Plan National des Handicaps Physiques » (PNRHP) 2008-2012 en associant les différents ministères concernés et l'ensemble des acteurs de la réadaptation fonctionnelle ainsi que les acteurs locaux

Résultat 2 : Les professionnels de la santé acquièrent de nouvelles compétences dans les domaines de la réadaptation fonctionnelle et de la RBC pour tenir un rôle clé dans le réseau des personnes ressources pour l'inclusion des personnes en situation de handicap.

Résultat 3 : Un dispositif RBC s'appuyant sur les acteurs institutionnels et associatifs locaux est mis en œuvre dans 5 districts ruraux et œuvrent en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap.

D. Bénéficiaires directs et indirects

- 1) Le Ministère de la Santé et son département « Réadaptation des Handicaps Physiques.
- 2) L'ensemble des personnes ressources de la communauté des cinq districts ciblés par l'action avec un accent particulier sur les autorités de base (secteurs, cellules et umudugudus), sur les élus des associations FENAPH et sur les agents de santé communautaire.
- 3) Tous les opérateurs et les services de réadaptation fonctionnelle (publics, associatifs et privés) du pays, les professionnels de la santé en général et les associations de professionnels de la réadaptation : Talitha Cum (association des orthoprothésistes, AKR (association des kinésithérapeutes) et l'association des chirurgiens orthopédiques.
- 4) 12 000 personnes en situation de handicap des cinq districts ciblés par l'action en particulier les enfants et les femmes et leur environnement proche : les familles et les communautés environnantes.

E. Activités principales du projet

- 1.1 Appui technique au département « RHP » pour le pilotage et la coordination des acteurs engagés dans la réadaptation en vue de la mise en œuvre du PNRHP.
- 1.2. Mise en place et suivi des comités de pilotage du PNRHP au niveau des 30 districts du pays et visites d'appui/conseil du département aux opérateurs/services en réadaptation des handicaps et aux autorités locales pour faciliter la mise en œuvre opérationnelle des activités du PNRHP.
- 1.3. Actions de plaidoyer et médiatisation des réalisations du PNRHP.
- 1.4. Mise en place d'un monitoring des activités pour le suivi des bénéficiaires.
- 2.1. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de formation continue en collaboration avec le KHI (Kigali Health Institute) et les associations de professionnels de la réadaptation.
- 2.2. Introduction de modules relatifs à la réadaptation fonctionnelle et à la stratégie RBC dans les cursus de formation initiale des professionnels de la santé formés dans les écoles de santé (KHI..).
- 2.3. Renforcement des capacités des associations de professionnels.
- 3.1. Soutien à la mise en place des comités RBC dans les districts ciblés.

3.2. Sessions de sensibilisation et de formation sur l'approche RBC à destination des professionnels de la santé et des agents de santé communautaires.

3.3. Renforcement des capacités des élus des associations locales de la FENAPH (Actuellement CNPH) et des autres structures de personnes en situation de handicap.

3.4. Appui à la dynamique des dispositifs d'inclusion des personnes en situation de handicap.

3.5. Soutien à la création de Maisons Relais Handicap au sein des administrations des 5 districts ciblés.

F. Partenaires du projet

1/Action Nord Sud au Rwanda

L'Association « Action Nord Sud Rwanda » (ANSR), petite structure souple et flexible et partenaire historique de HI Rwanda, dispose d'une forte expertise en développement local et en accompagnement social qui est utile au projet. L'ANSR a mis en notre disposition un chargé de développement local inclusif.

2/Conseil National des Personnes Handicapées (CNPH)

La FENAPH était le partenaire de référence des personnes en situation de handicap qui était le plus impliqué dans la mise en œuvre de l'action puisque celle-ci concoure à la réalisation de ses missions. La dite fédération a été dissoute au début de 2011 et a directement laissé la place au Conseil National des Personnes Handicapées selon l'arrêté ministériel de février 2011. Ce partenaire a mis à la disposition du projet un animateur RBC.

3/HVP (Home de la Vierge des Pauvres) GATAGARA

HVP Gatagara a été retenu comme partenaire du projet dans la mesure où il est le plus ancien centre pour personnes handicapées du pays avec une solide expertise en réadaptation et éducation. HVP Gatagara a monté un centre de réadaptation à base communautaire qui se trouve dans le secteur Ruhango dans le district de Ruhango. Ce partenaire a mis à la disposition du projet un personnel chargé de l'éducation inclusive.

4/KHI (Kigali Health Institute)

Le KHI est un établissement de référence et est le partenaire du volet « développement des compétences » des professionnels de la santé, ce qui permet d'accorder un statut institutionnel aux formations continues qui sont mises en œuvre grâce au projet.

G. Evaluation du projet

1. Période couverte par l'évaluation

Du 1^{er} janvier 2009 au 31 octobre 2012. L'évaluation devra être finalisée avant le 15 décembre 2012 (date de remise du rapport final validé par HI).

2. Objectif de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est de vérifier le niveau d'atteinte des objectifs, résultats attendus et indicateurs du projet par :

- ✦ L'analyse de la pertinence du projet en particulier sa complémentarité avec les actions mises en œuvre par les autorités locales et les acteurs locaux (notamment

les intervenants du système sanitaire et les élus de CNPH) afin de pouvoir répondre aux besoins des personnes handicapées.

✦ L'analyse de la pérennité des actions du projet notamment l'appropriation de ces actions par les personnes handicapées et leurs familles, le Minisante, les partenaires, les structures des personnes handicapées et les autorités locales.

✦ L'analyse de l'efficacité et de l'impact au niveau :

- De l'inclusion communautaire, sociale et économique des personnes handicapées. Une analyse basée sur les données de monitoring d'inclusion récoltées par le projet et mesurant le degré de progression dans la zone du projet à comparer avec les 25 autres districts du pays est recommandée.
- De l'amélioration des compétences des professionnels en réadaptation et de la mise en pratique des compétences acquises pendant le projet ainsi que de la qualité des services de réadaptation offerts aux personnes handicapées.
- De l'amélioration de la compréhension du handicap de la part de l'ensemble de la communauté de la zone du projet dont les autorités, les professionnels, les parents des personnes handicapées ainsi qu'au niveau des étudiants finalistes des écoles/instituts ou universités sensibilisés par le projet.
- De l'apport du projet dans la mise en œuvre de politiques et actions en lien avec le handicap au niveau de MINISANTE.
- De la mise en œuvre du dispositif RBC et des activités en lien avec ce dispositif réalisées dans les districts de Rusizi, Ruhango, Huye, Musanze et Kayanza :
 - Soutien à la mise en place de comités RBC dans les districts ciblés ;
 - Formation des FOSAs (Formation sanitaire) et des agents de santé communautaire ;
 - Renforcement de capacités des élus de Conseil National des Personnes handicapées et des autres structures des personnes handicapées ;
 - Appui au dispositif d'inclusion scolaire et socio-économique ;
 - Soutien à la mise en place de Maison Relais Handicap.

L'évaluateur devra préciser si les résultats obtenus et les objectifs atteints ou non l'ont été via les effets directs ou indirects du projet ou si cela est dû à d'autres facteurs externes au projet.

Sur la base des analyses réalisées, l'évaluateur devra formuler des recommandations précises et concrètes pour favoriser la mise en œuvre efficace de la stratégie RBC au Rwanda. Pour permettre l'exploitation maximale de ce document, les recommandations doivent prendre en compte les aspects politiques, économiques, sociaux, technologiques et environnementaux.

3. Méthodologie

Dans un premier temps, l'évaluateur devra prendre connaissance des documents et données existants et disponibles (documents et rapports du projet, outil de monitoring du projet, évaluation à mi-parcours du projet et données de monitoring d'inclusion, etc.). Ensuite, des entretiens avec les acteurs clés du projet.

Le consultant se chargera aussi de :

- Organiser et animer l'atelier de présentation du rapport provisoire ;

- Intégrer des retours des participants de l'atelier de présentation du rapport provisoire et de HI ;
- Organiser et animer l'atelier de restitution auprès des tous les acteurs du projet.

Si les membres de collectif des intervenants et en particulier HI constate que le rapport final présenté n'intègre pas l'ensemble des retours émis suite à la présentation du rapport final, le consultant devra reprendre le rapport final pour répondre aux attentes formulées.

4. Documents à produire

Au terme de l'étude, le consultant devra fournir les documents suivants :

1°. Rapport provisoire

Basé sur les données collectées lors de l'évaluation, il sera remis sous format papier et en version électronique en français (en Word) à Handicap International. Le document doit comprendre :

- Des informations sur les étapes, la méthodologie et les personnes qui ont participé au processus de l'évaluation ;
- Des informations analytiques sur l'impact du projet sur base des éléments repris dans l'objectif de l'évaluation ;
- Des recommandations pour favoriser la mise en œuvre de la RBC.

Ce rapport provisoire devra être restitué à l'équipe de HI et au collectif des intervenants en réadaptation lors d'un atelier de présentation organisé par HI. Entre la remise du rapport provisoire et la formulation des retours par HI et le collectif des intervenants en réadaptation, il faut compter une semaine.

2°. Rapport final

Suite aux éventuels commentaires de HI (inclus notamment le référent technique au siège de HI) et du collectif des intervenants en réadaptation, le consultant présentera le rapport final lors d'un atelier de restitution organisé par HI.

Le rapport comprendra un format papier d'un maximum de 40 pages, rédigé en français en 4 copies et deux copies électroniques en format CD. Le rapport devra inclure un résumé de 4 ou 5 pages dans sa première partie.

Ce rapport final sera validé par les personnes concernées, selon les procédures HI, sachant qu'il faut compter encore une semaine pour ce processus. Le rapport sera considéré comme finalisé une fois l'ensemble des retours sur le fonds et la forme inclus. Une attention particulière sur la forme est requise, le consultant devant s'assurer que les rapports remis sont notamment écrit dans un très bon français et présenté dans un format adapté.

5. Les moyens mis à disposition de l'évaluateur

- Un véhicule avec chauffeur pour les visites terrain ;
- L'équipe de projet pour la bonne coordination de l'évaluation ;
- Tout ce qui est en relation avec les deux ateliers de restitution des rapports.
- Les documents de support produits antérieurement :
 - Document de projet,
 - Rapports intermédiaires 2009, 2010, et 2011 ;
 - Rapports de l'évaluation à mi parcours (2010 et 2009),
 - Rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre des acquis de la formation des Kinésithérapeutes (2012),

- Rapports de suivi des activités réalisés par l'équipe de HI en juillet-août 2012,

6. Profil recherché

- Un expert en RBC ou en kinésithérapie ou en orthopédie/orthochirurgie ou en ergothérapie ou en Santé publique ou en médecine avec expérience en santé publique ;
- Etre légalement reconnu ;
- Maîtrise parfaite du français, la maîtrise de l'anglais serait un atout ;
- Expérience en évaluation de projet de réadaptation si possible expérience dans une approche communautaire ;
- Capacité d'analyse et de communication ;
- Des connaissances poussées sur la RBC,
- Disponibilité absolue durant la période d'évaluation.

H. Contenu des offres

Le consultant devra soumettre une offre technique et financière sur 10 pages maximum.

L'offre technique devra comprendre au moins les éléments ci-après:

- Période du travail ;
- Un exposé des étapes à suivre et de la méthodologie ;
- Les districts et les acteurs à cibler ;
- Les outils de collecte et d'analyse de données ;
- Un calendrier précis en nombre de jours ;
- Les ressources humaines et matérielles nécessaires ;
- Le Curriculum Vitae de l'évaluateur : qualifications et expériences professionnelles et personnes de référence.

L'offre financière contiendra un budget détaillé indiquant les rubriques, les coûts unitaires et les totaux en francs rwandais. Elle doit inclure toutes les taxes et prendre en compte les honoraires ainsi que les frais de logement et de restauration qui seront occasionnés par la réalisation de la mission du consultant.

L'offre technique et financière proposée sera évaluée par les représentants de Handicap International sur la base de la qualité de l'offre technique et du budget présenté.

Date limite de dépôt des offres : 19 octobre 2012

Les propositions complètes seront adressés en version numérique à l'adresse suivante :



Figure 3 : Exemple de termes de référence Handicap International – Rwanda.

ANNEXE IV :

Livret



GUIDE HUMANITAIRE

BETHESDA : PARES AU DEPART !



Bienvenue sur le programme Amis d'Gens - Bénin

Vous trouverez dans ce livret des informations utiles pour préparer au mieux votre voyage humanitaire au Bénin, pour profiter d'une expérience professionnelle exceptionnelle sur place et enfin les démarches qu'il serait idéal d'effectuer à votre retour pour pérenniser les actions d'Amis d'Gens.

SOMMAIRE

Informations sur le Bénin et sur la ville de Lokossa	Page 1
Géographie	Page 1
Historique politique, économique et culturel	Page 2
Climat	Page 3
Contexte sécuritaire	Page 3
Bon à savoir	Page 4
Préparation côte santé	Page 4
Religion	Page 5
Culture et traditions	Page 5
Cuisine et boissons	Page 6
Monnaie et change	Page 6
Transports	Page 7
Tourisme et excursions organisées	Page 7
Place à la kiné !	Page 9
Historique de la kinésithérapie au Bénin	Page 9
Présentation du centre de Bethesda	Page 10
Pathologies rencontrées	Page 10
Spécificités du traitement principal en masso-kinésithérapie à Bethesda	Page 11
Votre job au centre	Page 12
Impact de la culture locale sur une séance de kinésithérapie	Page 13
Avant de partir	Page 14
Pour être au point	Page 14
Du matériel, il en manque !	Page 15
Pérennisation des actions d'Amis d'Gens	Page 16
Présence d'Amis d'Gens à Lokossa	Page 16
Les irrésistibles de l'association	Page 16
Votre savoir-faire au profit des actions d'ADG	Page 17

INFORMATIONS SUR LE BÉNIN ET SUR LA VILLE DE LOKOSSA

Géographie

Le Bénin est situé en Afrique Occidentale, dans le Golfe de Guinée. Il s'étend sur 670 km de long, pour seulement 125 à 325 km de large, et une superficie de 112 600km². Dominant sur l'Océan Atlantique au sud, il est frontalier avec le Togo à l'ouest, le Burkina Faso et le Niger au nord, et le Nigeria à l'est.

- **Population** : 9.9 millions
- **Capitale** : Porto-Novo
- **Heure** : GMT + 1:00
- **Indicatif téléphonique** : +229
- **Visa** : obligatoire (humanitaire)
- **Monnaie** : Franc CFA (100 F.CFA = 0.15€)
- **Langues** : langue officielle : français ; une quarantaine de langues nationales dont les principales sont le Fon, le Yoruba et le Bariba (+Peul).
- **Religions** : Christianisme (43%), Islam (24%), Animisme (17.5%), autres (6%)
- **Principales ethnies** : Fons (15%), Adjas, Yorubas, Sombas, Baribas.
- **Politique** : république multipartite à régime présidentiel ; président actuel : Yayi Boni (depuis 2006)
- **Fête nationale** : 1^{er} août (indépendance en 1960)
- **IDH** : 0.492 (161ème/182)
- **Principaux secteurs d'activité** : agriculture, élevage, pêche, commerce artisanal.

1

La ville de Lokossa est au sud-ouest du Bénin, chef-lieu de la commune du même nom, elle est aussi la préfecture du département du Mono. Son nom signifie « sous l'roko » (l'roko est un arbre sacré au Bénin). Elle recense environ 77 000 habitants.

Historique politique, économique et culturel

Avant son unification, le territoire de l'actuel Bénin était divisé en trois royaumes (Allada, Abomey et Adjarico (XVIII^{ème} siècle).

Selon la mythologie locale, la famille régnant sur le royaume Fon d'Allada aurait été éliminée par un léopard.

Le pays a été l'une des trois principales portes de départ des esclaves envoyés vers le Nouveau-Monde au XVIII^{ème} siècle.

C'est ensuite devenu une colonie française durant une centaine d'années. De nos jours, les sentiments anciens de fierté, dédain, rancœur... ressentis par les Béninois côtoyant des Français, sont révolus et les tensions sont apaisées depuis longtemps.

Après son indépendance et une période d'instabilité politique, le Bénin (appelé Dahomey à cette époque) adhère aux idéaux communistes dans les années 70, l'économie est alors contrôlée par l'État jusqu'à la transition démocratique de 1990 qui tournera le pays vers le libéralisme.

Aujourd'hui, le Bénin est une république présidentielle stable qui garde les traces de son histoire :

- une économie dynamique axée sur l'agriculture et l'essor du secteur tertiaire
- une culture dominée par le culte Vodou, les fêtes masquées et les esprits

2

- le Bénin compte des villes historiques, dont Ouidah, lieu symbolique du commerce triangulaire et de la traite des Noirs.

Climat

Le Bénin est situé dans une zone subéquatoriale. Son climat est majoritairement chaud et humide avec deux saisons seches (novembre à mars et juillet à août) et deux saisons des pluies (mars à juillet et août à novembre).

Les températures en journée durant l'été varient entre 23°C (min) et 28°C (max), souvent ressenties plus chaudes en raison de l'atmosphère humide.

Du fait de la moiteur de l'air ambiant, il est donc utile de prévoir un nombre suffisant de vêtements de rechange ainsi qu'un tube de jessive liquide.

Contexte sécuritaire

Le Ministère des Affaires Étrangères déconseille les séjours dans le nord-est du Bénin sauf raison impérative (trafiquants, « coupeurs de route »,...). Le reste du pays est en **vigilance renforcée**.

- Sont conseillées vigilance et prudence en toutes circonstances.
- Se déplacer préférentiellement par groupes d'au moins trois personnes.
- Éviter tout déplacement la nuit, que vous soyez seul ou accompagné, notamment à Cotonou.

- Préférer garder sur soi uniquement de petites sommes en argent liquide ; le billet de 5 000 F CFA représente beaucoup d'argent local et peut être convoité.
- Éviter le port de sacs ou bijoux de valeur dans les lieux très fréquentés (marché, visites).
- Ne pas photographier ou filmer des personnes sans leur accord préalable (il est possible qu'ils demandent quelque chose en retour).
- Ne pas photographier ou filmer les infrastructures publiques (aéroport, gare, bâtiments administratifs).

Bon à savoir

→ Préparation côté santé

Vaccin obligatoire : fièvre jaune.

Vaccins recommandés : hépatites A et B, typhoïde.

Les vaccins sont à effectuer minimum 10 jours avant le départ dans un centre de vaccination international. L'association ADG a l'habitude de prendre un rendez-vous pour tout le groupe de volontaires au CHU de Bracois (service médecine tropicale) quelques mois avant le voyage.

Le traitement antipaludéen (Doxycycline ou Malarone) est indispensable, ainsi qu'une bonne protection anti-moustique (pour les vêtements et pour la peau). Des vêtements longs sont également recommandés les soirées et nuits. Les charmbres sont équipées de moustiquaires, il est indispensable de dormir en dessous de celles-ci.

Prévoir un écran total, chapeau / casquette, lunettes de soleil.

Attention ! L'application de la crème solaire associée à du répulsif diminue l'efficacité de l'écran total.

➤ Religion

La population de Lokossa se partage entre quatre religions principales : l'animisme (60%), le Catholicisme (24%), la religion Musulmane (2%), le Protestantisme (<1%), et les autres religions (14%). Dans la religion animiste, le **Vaudou**, appelé également Fétichisme, est omniprésent à Lokossa. Plus qu'une religion, il est considéré comme une culture, une philosophie, un art, une justice, un pouvoir, un art médical. Vous y aurez affaire tous les jours, même indirectement lors de vos pratiques au centre de rééducation.

➤ Culture et traditions

La politesse au Bénin est tournée vers le respect des autres. Voici quelques conseils de la vie quotidienne :

- ➔ Il est **apparis aux enfants de toujours donner la main droite** ; l'usage de la main gauche dans ce cas est une insulte.
- ➔ Il n'est pas rare qu'un enfant appelle un homme « papa » ou une femme « maman » alors qu'ils ne sont pas de la même famille. C'est une marque de respect. A Bethesda, les femmes dispensant les soins (Éléonore et peut-être vous !) sont appelées « tata ».
- ➔ Toujours par respect, ne jamais dire à une personne plus âgée qu'elle a tort ; préférer lui dire qu'elle n'a pas raison.
- ➔ Être vigilant lors de vues car pour un pratiquant Vaudou, se faire photographier correspond à la capture de son âme. C'est donc déconseillé !

Le Vaudou fait partie intégrante de la culture béninoise avec ses spectaculaires cérémonies rituelles : chants, musiques, danses, prières et offrandes aux fétiches, communications entre les individus et les divinités...

➤ Cuisine et Boissons

Les **aliments de base** sont le maïs, le manioc, l'igname, le riz, les arachides, la carme à sucre, les fruits (banane, ananas, noix de coco, goyave, mangue, papaye) et quelques légumes. La friture constitue le principal mode de cuisson des aliments dans la cuisine béninoise.

Les **vandas** sont rarement consommées car très chères et les animaux sont plutôt destinés à l'élevage ; on retrouve le poulet, le poulet, le dinde, la chèvre, etc. Rien est de même pour les poissons.

Le plat national est la « **pâte blanche** », composée de farine de maïs le plus souvent. La pâte rouge est moins fade ; sont ajoutés à la farine de maïs de la purée de tomate, des oignons et du piment mélangés à de l'huile de palme. Les pâtes sont souvent servies avec une sauce. Le fameux **àtoko** correspond à des tronçons de banane plantain frits.

Évitez **absolument de boire l'eau du robinet** telle quelle car elle n'est pas traitée (éviter les légumes crus et les fruits sans enveloppe pour la même raison). Pensez à ramener des pastilles pour purifier l'eau afin de la rendre potable et pouvoir la consommer (Mircopur®). La bière est la boisson phare, notamment la **Bénoïse**, bonne et pas très alcoolisée.

On retrouve également les sodas classiques (Coca, Fanta,...). Les jus sont très populaires : **bissap**, ananas, gingembre, etc. Ils sont souvent vendus au bord des routes de passage par des enfants, sous forme de petits sachets congelés.

Thés et café ne sont disponibles que sous leurs formes substituées (Nescafé et Lipton), sauf en restaurant européenisé.

➤ Monnaie et change

Le taux de change du Franc CFA est fixe par rapport à l'Euro : **1€ = 655,957 FCFA**. Le retrait d'argent auprès des distributeurs automatiques des banques du pays est possible, mais peut engendrer

des frais auprès de votre banque française. Il est conseillé d'amener l'argent liquide (en Euros) et de le faire échanger dans une banque béninoise ; là encore, la banque béninoise cette fois-ci, prend une commission sur le change (environ 2% de la somme échangée).

➤ Transports

Les déplacements organisés par la commune se font avec les véhicules de la mairie de Lokossa. Pour les petits trajets, vous pouvez vous déplacer à pied ou en « ZEM » (taxi-moto, surnommé du fait « Zenginans », signifiant « étranger » en fon). Les conducteurs de ZEM se reconnaissent par leurs blouses jaunes. Ils ont des « stations d'attente » mais circulent également en ville ; il suffit de leur faire un signe de la main pour qu'ils s'arrêtent. Les chauffeurs prennent en général deux passagers, mais attention, ils peuvent proposer d'en prendre plus pour gagner plus d'argent. Il est déconseillé de monter à plus de trois par ZEM (conducteur compris). Les courses en ville sont en moyenne à 100 F.CFA (0,15€), mais les chauffeurs vous les proposeront rarement à ce prix-là ! Il ne faudra pas hésiter à négocier !

Tourisme et excursions organisées

Vous aurez certainement l'occasion de faire des excursions organisées par la mairie de Lokossa, à savoir :

- **Ganvier**, surnommé « la Venise de l'Afrique », une ville située sur le lac de Nakoué au Nord de Cotonou, où des milliers de cases en bois sont érigées sur pilotis. Ses 30 000 habitants vivent tous de la pêche.

- **Ouidah**, ville historique très connue pour son implication dans le commerce triangulaire : la route des esclaves (kinj) et ses statues vaines jetées à l'Océan. Présente sur cette page, la

porte de non-retour est un symbole fort de la traite négrière. Animaux sacrés de la région de Ouidah, les pythons sont protégés et honorés dans le temple des pythons ouvert aux visites.



- **Abomey**, ancienne capitale fortifiée de l'royaume du Danomèy, concentre un ensemble de palais royaux et l'un des plus prestigieux musées historiques du Bénin. La célèbre statue du roi Béhanzin est visible place Goho.

- Le lac Doukon, à la sortie de Lokossa, vous dévoilera ses légendaires hippopotames. Pour y accéder, vous traverserez un village atypique au bord des marécages.

- Le temple Vaudou dans la forêt sacrée de Lokossa.

- Les infrastructures construites par l'association depuis 2006 (salles de classe, dispensaires).

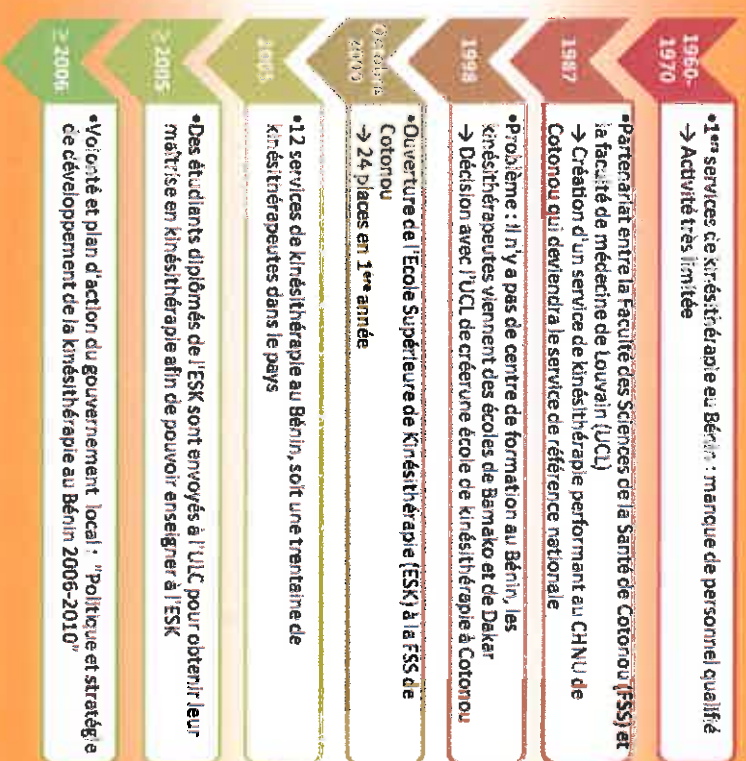
- Le centre artisanal de Cotonou idéal pour acheter les derniers souvenirs avant de reprendre l'avion.

Ne manquez pas de visiter Lokossa même, avec son fameux marché (tous les 5 jours), la place de l'indépendance, les berges du fleuve Mono à la frontière Togolaise, etc.

PLACE À LA KINÉ !

Vous allez partager votre temps quotidien entre l'orphelinat La Providence et le centre de rééducation de Lokossa. L'objectif ici est de vous éclairer et de vous préparer aux pratiques locales de kinésithérapie à Bethesda.

Historique de la kinésithérapie au Bénin



9

Présentation du centre de Bethesda

Le centre de rééducation pédiatrique de Bethesda, dépendant de l'évêché de Lokossa, est un établissement administré par deux religieuses.

Il compte une **assistanante d'enfants** âgée de quelques mois à 17 ans, qui soigne pour la plupart pensionnaires au centre, accompagnés de leurs mères, ainsi que quelques patients externes adultes.

L'équipe soignante est composée de :

- ✦ Émile Dohou, **appareilleur**
- ✦ Éléonore Dohou, **masseur kinésithérapeute**
- ✦ Tychique, **masseur-kinésithérapeute**

Les **infrastructures** comprennent : salle de rééducation, atelier d'appareillage, dortoirs, sanitaires, secrétariat, ainsi qu'une grande cour extérieure.

La **salle réservée à la kinésithérapie** est équipée de six tables de massage, d'un plan de Bobath, de trois cages de purification, d'un podium avec des marches, de deux espaliers muraux, de barres parallèles, de deux vélos de réentraînement, d'une chaise à quadriceps, d'une baignoire pour la balnéothérapie, de tapis de sol, d'une lampe infra-rouge. Le petit matériel est néanmoins déficient.

Pathologies rencontrées

Les pathologies présentes sont : poliomyélite, drépanocytose, lésions motrices cérébrales, quelques rares paralysies, hémiplégies et lésions motrices adultes. Les thérapeutes traitent les conséquences de ces maladies qui sont principalement des **déformations orthopédiques**.

10

types **genu valgum / varum**, **pieds bots**. Ces déformations émanent néanmoins pour la plupart de l'association dévastatrice « **malnutrition / sous-nutrition** ».

Spécificités du traitement principal en masso-

kinésithérapie à Bethesda



Une grande importance est accordée à **l'éducation des mamans** qui suppléent les kinésithérapeutes débordés par le nombre d'enfants à voir quotidiennement.

Cette éducation thérapeutique des accompagnants se fait :

- ✦ Soit par petits groupes de mères lorsque plusieurs enfants ont la même pathologie
- ✦ Soit par séances individuelles entre la mère et le thérapeute

11

Attention ! Les raisons initiales du développement de l'éducation thérapeutique ne sont pas les mêmes qu'en France où il s'agit d'autonomiser le patient dans la prise en charge de sa *maladie chronique* et d'améliorer son traitement. Au Bénin, elle a un rôle de suppléance des soins du fait du manque de moyens et de temps. Sans cette éducation thérapeutique, le traitement n'aurait probablement pas les résultats escomptés.

Votre job au centre

Vous prendrez en charge les enfants au même titre que les kinésithérapeutes de Bethesda. Éléonore est là pour vous guider au début et pour répondre à vos questions en cas de problème, mais il ne s'agit pas d'un stage encadré tel que pratiqué durant l'année scolaire. Il est indispensable d'être **spontané, réactif et entreprenant**.

Les enfants sont autonomes lorsqu'ils attendent leur tour pour la séance de rééducation ; ils sont dans la salle ou dans la cour et patientent avec leurs mères. Celles-ci commentent d'ailleurs souvent les mobilisations. A vous de compléter leur formation si vous le jugez nécessaire.

Il ne faut pas hésiter à demander du vocabulaire en langue locale aux thérapeutes pour donner des consignes aux enfants et/ou aux accompagnants, cela aide parfois à leur compréhension.

Le port de la blouse n'est pas obligatoire (Éléonore en porte une). Vous travaillerez la plupart du temps pieds-nus, comme les thérapeutes.

Si vous avez déjà fait un stage en pédiatrie vous savez que les enfants se lassent vite des exercices de rééducation, alors n'oubliez pas de varier des bâtons et autres jouets pour les divertir !

12

Impact de la culture locale sur une séance de kinésithérapie

Il faut savoir que le secteur de la rééducation au Bénin, en particulier la kinésithérapie, est encore très méconnu de la population qui se tourne souvent vers la médecine traditionnelle (Vaudou) en première intention. Selon les locaux, le Vaudou peut soigner le corps mais aussi l'âme et l'esprit.

→ Pronostic fonctionnel souvent favorable car les déformations orthopédiques se fixent dans le temps.

Au Bénin, l'enfant n'a pas la même place sociale qu'en Occident. Le thérapeute, hautement considéré du fait de ses études supérieures, se voit accorder par les parents de larges prérogatives sur l'enfant durant les séances de kinésithérapie.

→ L'enfant est soumis à la rééducation et aux aides.

→ Il n'est pas rare de voir des scènes de violence lorsque l'enfant refuse les soins

→ Elans d'affection observés entre l'enfant et le thérapeute une fois la séance terminée, signe d'une relation équilibrée malgré tout, mais néanmoins très différente de ce que nous connaissons.

La réaction à la douleur est différent de l'idée que nous en faisons ; la culture étant dépourvu de médicaments antalgiques.

13

→ Le seuil de tolérance à la douleur est très élevé
→ La douleur n'est pas un critère d'arrêt ou d'adaptation des mobilisations en rééducation

La communication en salle de kinésithérapie se restreint à des consignes expresses données au patient.

→ Anger envers la personne handicapée qui commence seulement à être intégrée dans la société béninoise.

→ Le thérapeute fait preuve de tout au support envers les parents qui culpabilisent parfois d'avoir un enfant « différent »

Avant de partir...

→ Pour être au point

Il est recommandé de revoir les cours théoriques de K2 sur la traumatologie et la neurologie pédiatrique, notamment la technique des plâtres successifs, les délais de consolidation des fractures, les IMC. Pour les K3, le cours sur les pieds bots sera très utile. Les notions d'éducation thérapeutique abordées en cours sont intéressantes mais pas forcément adaptées à la rééducation au Bénin.

Du côté pratique, revoir si besoin les mobilisations du membre inférieur, les méthodes de stimulation neuro-motrices et de renforcement musculaire, les techniques de massage antalgiques, les porteurs, les MEN, les escarres.

14

PÉREUNISATION DES ACTIONS D'AMIS D'GENS

Présence d'Amis d'Gens à Lokossa

Amis d'Gens (ADG) est implantée au Bénin depuis 2006. L'association y est en partenariat avec la mairie de Lokossa et l'orphelinat la Providence. Son objectif est la promotion de l'éducation et de la santé dans la ville. Pour cela, les moyens mis en place chaque année sont l'apport de matériel médical et de rééducation sur place ainsi que de fournitures scolaires, le financement d'une salle de classe ou d'un dispensaire, le financement d'aménagements et de quatre mois de denrées alimentaires pour l'orphelinat.

Les limites de l'association



➤ Du matériel, il en manque !

Vous disposerez chacun d'une valise personnelle et d'une valise de matériel médical ou de rééducation. Ce matériel est à collecter lors des stages ou dès qu'une occasion se présente à vous. Il sera réparti entre les établissements de santé de la ville de Lokossa (hôpital de zone, centre hospitalier départemental, clinique, dispensaires et Bethesda).

Pour orienter votre quête, voici une liste non exhaustive de matériel faisant défaut à Bethesda :

- Petit matériel médical : solutions hydro-alcooliques, compresses stériles, éther, solutions antiseptiques (Betadine[®]), bandes adhésives non extensibles (Strappal[®]), bandes adhésives élastiques (Tensoplast[®]), talc médical, gants stériles.
- Matériel d'évaluation : goniomètre (Labrique, Houdre ou Ripstein), mètre ruban.
- Petit appareillage : orthèses en thermocollable (ceru, pédieux, releveur, etc.), prothèses, attelles, genouillères, chevillères, releveurs Liberté[®], écharre de soutien pour épaule, aides techniques de marche (canes, cannes anglaises pédatr[®]iques).
- Matériel de physiothérapie : poules, élingues, essés, mousquetons, bottillons, cuissardes, suspensions, poids.
- Matériel de rééducation : bracelets lestés, crèmes et huiles de massage neutres, tapis de sol, bandes élastiques (Thera-band[®]), ceintures abdomino-lombaires.
- Antalgie : crèmes de massage réfrigérantes et/ou chauffantes, boumbes de froid, crèmes à l'arnica.

Les organisations humanitaires connues et reconnues (ONG internationales) savent que le plus important dans le développement humanitaire est le **suivi au long terme** une fois la mission sur place achevée, afin de ne pas intervenir régulièrement en recommençant à chaque fois de zéro. Le fait que les étudiants fassent la même chose tous les ans en amenant du matériel au Bénin montre bien que la situation là-bas n'évolue pas énormément grâce à ADG, même si la construction de salles de classe et d'infrastructures médicales est une avancée considérable pour le développement du système de santé communautaire. L'association propose donc une aide au **développement**, mais ne dispose pas de moyens suffisants pour l'assurer seule.

ADG, du fait de son statut d'**association étudiante**, rencontre donc des difficultés qui pourraient le **désaccréditer** dans la pérennisation de ses actions au Bénin.

Votre savoir-faire au profit des actions d'ADG

Après votre voyage, il sera nécessaire de passer le flambeau de l'association dans de bonnes conditions.

Il va falloir avant tout **INTERESSER** et **INFORMER** la population étudiante :

→ **Présentation en amphithéâtre aux différentes promotions de l'IFMK** : ADG, qu'est-ce que c'est ? Quelles sont ses actions pendant l'année universitaire et dans quels buts ? Le voyage au Bénin.

Il s'agit également de donner l'envie aux étudiants de **S'INVESTIR** et de leur donner les moyens de le faire :

→ **Inviter le directeur de l'association** (en vue de raffirmer ou mieux les étudiants investissements à la cause d'ADG).

→ **Participer aux réunions d'ADG**

→ **Prendre part au groupe Facebook de l'association pour se tenir au courant des événements organisés**

→ **Contribuer aux actions d'ADG pour récolter des fonds** (ventes à l'IFMK par exemple)

→ **Collecter les données pour les prochains voyages.**

Attention ! Il est important de préciser que la majorité pour partir au Bénin durant l'été sera donnée aux étudiants qui se seront investis durant l'année universitaire.

Afin de mieux superviser à distance l'évolution des actions menées au Bénin, il est important d'**organiser un SUIVI régulier** :

→ **Contacts réguliers avec la mairie de Lokossa (mois, coups de fil) - avancement des travaux annuels entrepris avec les financements d'ADG**

→ **Contacts avec les soignants de Bethesda pour avoir un retour sur le matériel ramené pendant l'été** : Est-ce qu'il a été utile aux enfants ? Est-ce qu'il y en avait assez ou faudrait-il ramener plus d'un matériel que de l'autre l'été prochain ? Problèmes rencontrés quant à l'utilisation de l'une ou l'autre des fournitures ? ...

Cette démarche ne pourra qu'influencer positivement et donner de la valeur aux actions d'ADG qui sera une association d'autant plus **sourcée, diversifiée et efficace**.

A

VOUS

DE

JOUER

