Document Satellite
Collection Grand angle
Rapport de Séminaire

Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international

Direction des Ressources Techniques
Septembre 2013

Ds/GA | 06

AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère des Affaires étrangères
Direction de la Coopération
HANDICAP INTERNATIONAL

Auteurs
Wesley Pryor
Dorothy Boggs

Contributions
Rowan English
Masse Niang
Vivek Singh

Révision, finalisation
Ludovic Bourbé
Pierre Gallien
Joanne Lee
Stéphanie Legoff
Graziella Lippolis
Chiara Retis
Isabelle Urseau
Aasish Rangan
Suburabhata Samal

Édition
Direction des ressources techniques
Pôle Management des connaissances
Stéphanie Deygas

Conception graphique
IC&K, Frédérick Dubouchet
Maude Cucinotta

Mise en page
NJmc, Frédéric Escoffier

Avec le soutien de la Direction de la Coopération au développement du ministère luxembourgeois des Affaires étrangères et de l'Agence Française de Développement. Les opinions exprimées dans cette publication n'engagent que les auteurs.

Document Satellite

Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international

Rapport de séminaire – Séminaire AC3 « Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international : Ebauche des réformes futures sur la base des expériences et innovations », Ouagadougou, Burkina Faso, 11-15 juin 2012

Avant-propos

L'accès aux services de réadaptation est un élément essentiel des enjeux de santé publique et de développement, et dont la qualité des services offerts est un de nos défis ! Les questions de qualité de la fourniture des services de réadaptation dans les environnements difficiles méritent un travail approfondi de recherche-action, d'innovation et de partage des connaissances.

Cette thématique a ainsi été abordée sous un cadre global lors d'un séminaire d'échanges de pratiques destiné aux professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle. Cela a permis aux participants de se confronter à une approche émergente du « système de management des services de réadaptation » issu des programmes de Handicap International en Asie du Sud.

Cette 1ère initiative en juin 2012 au Burkina Faso a d'abord permis l'introduction du système à d'autres programmes et plus particulièrement aux pays d'Afrique francophone, tout en alimentant la réflexion et les travaux en cours du Référent Technique Réadaptation du Desk Asie du Sud. Elle a ensuite été suivie par un processus d'analyse et de re développement du système avec la révision des indicateurs par un groupe de travail restreint en juillet 2013 au Népal. Et cela a amené tout naturellement à une poursuite des échanges inter Asie/Afrique avec la délivrance d'une formation au « système de management des services de réadaptation » à l'équipe et aux partenaires Sierra Léonais en novembre 2013.

Ce document satellite et ses illustrations de la compréhension, des enjeux et des réponses possibles en termes d'amélioration de notre approche qualité de nos activités en réadaptation vous donnera envie de découvrir le « système de management des services de réadaptation ». L'objectif, en phase avec la stratégie fédérale, est de promouvoir dans nos projets un processus complet et continu de la gestion de la qualité au niveau du système et des services de réadaptation physique et fonctionnelle.

Ce document satellite apporte d'ores et déjà des éléments complémentaires au document cadre du Domaine « La réadaptation physique et fonctionnelle » en termes d'actions à entreprendre dans nos champs d'investissement fédéraux et de réadaptation.

Alors n'attendez plus, et participez !

Isabelle Urseau
Responsable du Domaine Services de Réadaptation

NB : dans ce document, nous parlons tantôt de réadaptation, tantôt de réadaptation physique et fonctionnelle. C'est bien ce dernier terme qui fait foi, et dont les concepts, entre autres, sont détaillés dans le document cadre « La réadaptation physique et fonctionnelle ».

Introduction

1. Contexte de la réadaptation

Le contexte mondial

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale estiment qu'au moins 15 % de la population mondiale est constituée de personnes handicapées ; ainsi, une personne sur sept présente un certain type de déficience[1]. Étant donné que le monde compte au moins 1 milliard de personnes handicapées et que beaucoup d'autres seront confrontées à une expérience de handicap dans leur vie, il est essentiel que les personnes handicapées soient en mesure d'accéder aux services de santé, de réadaptation physique et fonctionnelle, et aux services sociaux dans tous les contextes.

Les immenses défis face au vieillissement de la population, à l'incidence croissante des maladies chroniques invalidantes non transmissibles, ainsi qu'aux incapacités issues de blessures ou d'actes de violence sont bien documentés[2]. Offrir une réadaptation complète permet à la fois de prévenir des déficiences et des comorbidités évitables, et de garantir que les personnes ayant des déficiences chroniques atteignent leur plein potentiel et revendiquent leurs droits au sein de la communauté. Ce point est détaillé dans l'article 26 « Adaptation et réadaptation » de la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), qui appelle à prendre « des mesures appropriées, faisant notamment intervenir l'entraide entre pairs, pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie »[3].

Si le besoin de soins de santé de qualité est généralement bien compris, il existe des limitations importantes dans la disponibilité des services de soins en phase post-aiguë. Par conséquent, les offres de soins étaient classiquement axées sur les soins vitaux sans équivalent pour les services de soins en phase post-aiguë et les soins chroniques. En général, la réadaptation physique et fonctionnelle n'est pas prioritaire dans le débat sur la santé internationale, malgré les nombreux documents récents, dont plusieurs outils politiques nationaux et internationaux et le Rapport mondial sur le handicap, attestant que les services de réadaptation physique et fonctionnelle constituent un élément nécessaire dans un système global. En particulier, l'article 26 de la CDPH appelle les pays à organiser, renforcer et développer des services et programmes diversifiés de réadaptation, qui devraient commencer le plus tôt possible, fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des ressources de chacun et comprenant la mise à disposition d'aides techniques et de dispositifs technologiques d'assistance[4].

La réadaptation physique et fonctionnelle est définie dans le Rapport mondial sur le handicap comme « un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement »[5]. Dans les environnements complexes et à faibles revenus, la réadaptation physique et fonctionnelle représente un véritable défi, au vu de la pénurie de ressources humaines et du financement insuffisant des soins de santé en général. Dans ces situations, les services de réadaptation physique et fonctionnelle ont évolué au cas par cas. Ils sont souvent étroitement liés aux interventions humanitaires et aux actions plus larges relatives au handicap, et sont moins liés aux soins de santé ordinaires

que dans d'autres environnements. Toutefois, dans le même temps, de nombreuses agences recherchent des solutions pratiques pour répondre aux difficultés rencontrées quotidiennement dans l'offre de soins de réadaptation physique et fonctionnelle. Elles recherchent notamment des normes et des directives, ainsi que des ressources suffisantes, afin d'orienter leurs interventions de manière organisée et efficace.
De plus, pour répondre aux exigences à venir, le personnel de la réadaptation physique et fonctionnelle a besoin d'un soutien constant pour renforcer et piloter les futures interventions. La formation initiale des nouveaux professionnels et le développement continu des professionnels déjà en activité, associés au renforcement des politiques et du secteur globalement, sont des éléments nécessaires, essentiels et attendus depuis longtemps.

Le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle est constamment confronté au défi d'assurer un accès aux services de réadaptation de qualité, prenant en compte les contextes dynamiques personnels, environnementaux et professionnels. Parmi la liste des domaines reconnus dans le Rapport mondial sur le handicap pour s'attaquer aux obstacles et améliorer l'accès aux services de réadaptation de qualité des personnes handicapées, peuvent être cités : une plus grande intégration de l'implication de l'usager, l'élaboration de mécanismes de financement pérennes, des formations professionnelles couvrant aussi le développement professionnel continu (DPC), et des activités de renforcement des capacités aux niveaux des services, des centres et des secteurs[6].

Historique de Handicap International

La plupart des projets mis en œuvre depuis plus de 30 ans par Handicap International dans le cadre de ses programmes incluent des activités de réadaptation physique et fonctionnelle dont la diversité complexifie un peu plus l'exercice consistant à définir le contour du domaine :

- Activités visant à l'émergence de services ordinaires, spécifiques ou supports, publiques ou privés, pouvant délivrer une grande variété de prestations en réadaptation physique et fonctionnelle pour des personnes présentant des déficiences et des incapacités temporaires ou durables, congénitales ou acquises (accidentologie, maladies transmissibles ou non, chroniques ou non…),
- Prestations nécessitant une diversité de professionnels formés et compétents,
- Activités déclinées à différents niveaux (local, régional, national) et dans différents contextes d'intervention (urgence, reconstruction, développement)[7].

En règle générale, les interventions de réadaptation physique et fonctionnelle de Handicap International[8] :

- Déclinent les principes élaborés par la Fédération Handicap International,
- Font la promotion d'actions développant essentiellement des activités de réadaptation physique et fonctionnelle plutôt que de médecine de réadaptation,
- Font la promotion de la mise en œuvre d'actions où l'individu et son entourage proche sont au centre du processus de réadaptation et non des actions de niveau universel,
- Font la promotion d'actions essentiellement centrées sur la prévention et la prise en charge en réadaptation physique et fonctionnelle des personnes présentant des déficiences et des incapacités physiques et/ou sensorielles,

- Déclinent ses actions auprès de tous les acteurs impliqués dans la promotion de la réadaptation physique et fonctionnelle (usagers des services, prestataires et décideurs) et à tous les niveaux (local ou communautaire et sectoriels),
- Bien que particulièrement concerné par les stratégies de développement, déclinent ses actions ou son expertise dans tous les contextes de l'urgence au développement de manière plus ou moins directe.

L'amélioration de la qualité des services de réadaptation physique et fonctionnelle représente l'un des défis identifiés dans la stratégie fédérale de Handicap International 2011–2015.

Des travaux de recherches opérationnelles, d'innovation et de partage des connaissances doivent être menés concernant la qualité des prestations de services de réadaptation physique et fonctionnelle dans les environnements de post-crise et à faibles revenus. Dans des environnements de reconstruction et de développement, l'émergence de professions de réadaptation physique et fonctionnelle et de formations locales de professionnels est aussi un moyen d'assurer une prestation de service de haute qualité. La formation continue, ainsi qu'un soutien aux associations professionnelles nationales et régionales chargées des accréditations (du contrôle qualité), représentent des priorités croissantes dans notre champ d'action.

2. Le séminaire

Les objectifs du séminaire

Handicap International a accueilli un séminaire d'une semaine intitulé « Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international : Ébauche des réformes futures sur la base des expériences et innovations à Ouagadougou (Burkina Faso) », les 11–15 juin 2012. L'objectif du séminaire était de permettre aux professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle d'avoir une meilleure compréhension de la situation générale et des réformes en cours dans le domaine de la réadaptation, et de renforcer leurs connaissances et leur identité commune en tant que membres d'un secteur de pratiques.

Plus précisément, le séminaire visait à renforcer les connaissances sur le besoin global en services de réadaptation physique et fonctionnelle et sur les réponses actuelles à ce besoin, et de permettre aux participants d'échanger sur les difficultés et les points forts communs. L'objectif était aussi de permettre aux participants d'acquérir des compétences pratiques sur des approches émergentes en termes de gestion de la qualité des services de réadaptation, et d'établir un consensus sur des méthodes communes de progression. Pendant le séminaire, l'accent a surtout été placé sur le potentiel rôle actuel du développement professionnel continu pour répondre à ces défis.

Présentation détaillée du séminaire

Parmi les participants au séminaire, on peut citer le personnel de Handicap International et les partenaires impliqués dans la gestion des programmes et des projets de réadaptation physique et fonctionnelle venant de 12 pays différents. Le programme du séminaire est consultable en annexe 4, et la liste des participants est en annexe 5.

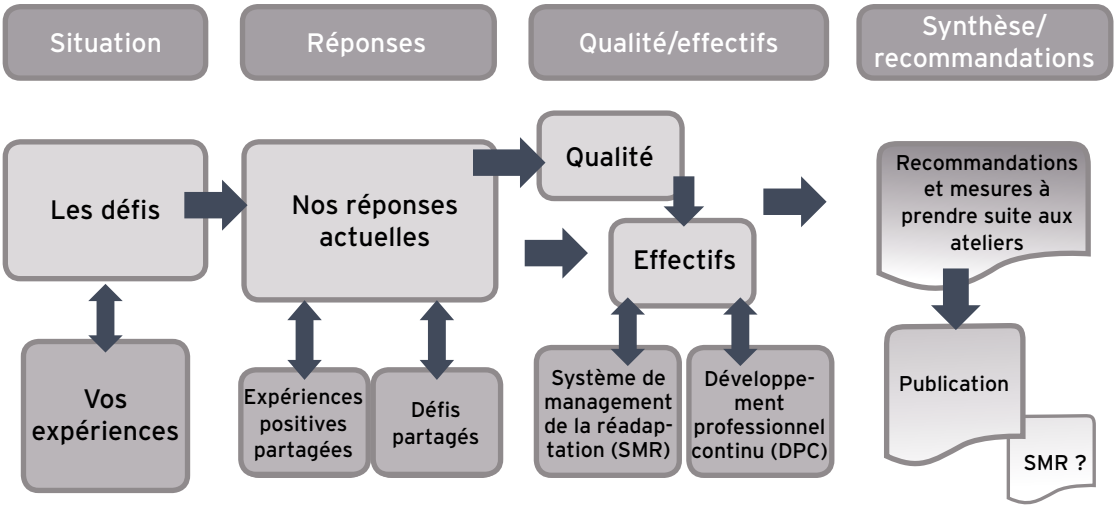
Le séminaire a permis de comparer et d'opposer des modèles de pratique, d'étudier et de critiquer une approche proposée pour l'assurance qualité des centres de réadaptation physique et fonctionnelle, et d'améliorer la compréhension des participants dans les

domaines des réformes sectorielles et des pratiques innovantes au moyen d'un exercice collégial et de l'élaboration d'un consensus. Les documents et comptes rendus du séminaire sont disponibles sur le site internet de Handicap International consacré aux séminaires (http://www.hiseminars.org/fr/).

3. Présentation du rapport

Ce rapport présente les comptes rendus et les discussions qui se sont tenues pendant le séminaire de Handicap International intitulé « Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international : ébauche des réformes futures sur la base des expériences et innovation ». Le rapport est fidèle au déroulement de la semaine de séminaire : il met en exergue les informations, les contributions, les discussions et les recommandations essentielles formulées par les participants.
Au cours de cette semaine de séminaire, les participants des 12 pays ont partagé les interventions de réadaptation physique et fonctionnelle positives et difficiles, ont analysé la qualité des services, se sont concentrés sur la gestion du personnel et son perfectionnement. Le contenu global du séminaire est présenté en Figure 1. À partir des enseignements tirés des expériences de réadaptation physique et fonctionnelle, les participants ont ensuite formulé des recommandations à court et long termes, à diffuser largement afin de contribuer à l'amélioration d'une réadaptation internationale de qualité.

Figure n° 1 : Programme du séminaire



Globalement, le rapport rend compte des présentations et des informations assimilées pendant le séminaire qui peuvent être utilisées pour contribuer à l'émergence de données probantes destinées à un management de qualité des services de réadaptation internationale. Le système de management de la réadaptation (SMR) de Handicap International y est nommément cité, alors qu'à l'époque du séminaire, il n'était qu'en phase pilote avec des programmes sélectionnés. Cette méthodologie est disponible en interne pour le personnel et les partenaires de Handicap International, tandis que les résultats des programmes pilotes du système de management de la réadaptation ont été présentés pendant le séminaire. La méthodologie du système de management de la réadaptation continuera à être améliorée et perfectionnée, au moyen de mises à jour disponibles auprès de Handicap International[9].

1. Thèmes du séminaire

1.1 Une réadaptation internationale de qualité

Présentation de Wesley Pryor, référent technique principal (réadaptation), région de l'Asie

Souvent, dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle est déconnecté du secteur de la santé, et est étroitement lié aux stratégies de réduction de la pauvreté, au développement international et local, aux plans internationaux d'assistance aux victimes et aux interventions d'urgence. La comparaison des données issues de divers pays a permis de mettre en évidence des différences de coûts et de mécanismes de financement de la réadaptation, reflétant la diversité des contextes nationaux au sein desquels les services sont offerts.

Le chapitre sur la réadaptation dans le Rapport mondial sur le handicap recommande les interventions suivantes pour réduire les obstacles à la réadaptation : évaluer et revoir ou introduire des politiques/plans ; développer, revoir et améliorer le financement ; augmenter le nombre et les capacités des ressources humaines (RH) ; mettre en place de nouveaux services, ou les étendre et les améliorer ; améliorer l'accès aux technologies d'assistance ; recherche et pratiques reposant sur des faits probants (voir Tableau 1 détaillant des exemples de réponses de réadaptation actuelles et de défis liés à chacun des six domaines).

Tableau 1 : Réponses actuelles, défis futurs

Six domaines de recommandation pour la réadaptation dans le Rapport mondial sur le handicap	Réponses actuelles dans les domaines de recommandation	Défis futurs auxquels ces réponses sont confrontées
Politique/plans	Cartographie FATO du secteur de la réadaptation, cartographie de la réadaptation en Asie du Sud	Des politiques de réadaptation limitées sont en place, et il n'existe pas de définition standard de la réadaptation ni de modèle de politiques
	Exemples nationaux : politique de développement du Népal, etc.	Modèles de services restreints
	Série de publications par UNESCAP : Disability at a Glance	Très peu de données sur les besoins de la réadaptation au niveau international
	Conseil d'action pour les personnes handicapées (Disability Action Council) – Cambodge	Plans d'action non compatibles avec l'expertise et les ressources

Financement	Modèle humanitaire, accent mis sur la pérennité	Le handicap et la pauvreté sont mal compris et reçoivent des financements insuffisants
	Réadaptation dans un contexte d'urgence	Le financement global de la santé est insuffisant, notamment pour les maladies invalidantes/les services de santé connexes
	Accent sur la pérennité	« Démédicalisation » du handicap – la réadaptation est complexe à financer en tenant compte des dimensions sociales
	Faible coût, technologie appropriée	Coûts élevés des aides techniques
	Réadaptation à base communautaire	
	Fonds d'équité	
Ressources humaines pour la santé (RHS)	Initiative « RHS »	Accent insuffisamment mis sur le tutorat dans les ONG Accent insuffisamment mis sur les services de réadaptation dans les réponses aux RHS
	Initiatives nationales	Opportunités très restreintes de formation continue officielle
	Formation de base	Complexité de la gestion des RH dans les structures gouvernementales
	Programme de remise à niveau	
	Méthodes d'apprentissage innovantes	Tutorat limité, agences humanitaires ayant une visibilité limitée à moyen terme
Services	Efforts continus pour augmenter les services	Les données probantes sont rares sur les méthodes les plus efficaces
	Réponses humanitaires	Données probantes sur l'impact très limitées
	Services de proximité et équipes mobiles du service vers les communautés	Indicateurs non uniformes
	Accent renouvelé sur la qualité	Difficultés de financement des services en général et de la qualité/du tutorat en particulier

Technologies d'assistance	Faible coût, prothèses et orthèses de qualité	Chaînes d'approvisionnement
	Recommandations pour les fauteuils roulants	Achats maintenus
	Artisans locaux	Qualité et respect des normes et des recommandations variables
	Mécanismes innovants de référence et de fourniture	Amélioration continue
		Ressources humaines
Pratique basée sur les faits probants et sur la recherche	Recherche ciblée sur les développements sophistiqués	Comment officialiser et cibler notre apprentissage ?
	Absence de politique de recherche en réadaptation	Comment faciliter la recherche et y participer ?
	Recherche sur la pérennité	Comment sensibiliser à la pratique basée sur les faits probants sur nos propres lieux de travail ?
	Recherche opérationnelle au coup par coup	
	Mécompréhension du concept de la pratique basée sur les faits probants	

Globalement, pour progresser vers la qualité en réadaptation internationale, il peut être utile d'établir une identité du secteur puis de la renforcer. Le secteur bénéficierait du perfectionnement des effectifs, en renforçant les associations de réadaptation physique et fonctionnelle, la planification et le développement professionnel continu (DPC). Des modèles alternatifs de pratiques et la création de nouveaux partenariats, en insistant sur la nature transversale de la réadaptation, peuvent contribuer à améliorer la qualité des services de réadaptation physique et fonctionnelle ainsi que leur accès dans des environnements complexes à faibles revenus.

En étudiant les voies à suivre pour une réadaptation internationale, il peut être intéressant de se concentrer sur les points suivants :

- Influence sur la manière dont les services de réadaptation physique et fonctionnelle sont intégrés aux actions visant à renforcer les systèmes de soins de santé généraux ;
- Modèles de qualité et standardisés de réadaptation physique et fonctionnelle de base ;
- Ressources humaines – guidage par l'exemple ;
- Construire un consensus au travers des connexions et relations ;
- Développement professionnel continu ;
- Création d'indicateurs sectoriels normalisés à partir des indicateurs de base et de la surveillance issus de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), de l'OMS[10] ;
- Opportunités d'apprentissage officiel ;
- Élaboration de stratégies programmatiques à long terme (au lieu de projets successifs à court terme) ;
- Création de synergies et de complémentarité entre les agences pour une vision commune.

1.2 Réformer la réadaptation et les services de santé connexes : cas d'étude australien

Présentation par Rowan English (Dip. App. Sc.i (P&O), MSc, MBA), Responsable, National Centre for Prosthetics and Orthotics (NCPO, Centre national d'orthoprothèse), Université La Trobe, Australie

L'Australie est le sixième pays le plus vaste au monde et un pays à revenus élevés, classé 19e en termes de PIB par habitant. Il s'agit d'un vaste continent principalement désertique avec des plaines fertiles dans le sud est. Au total, 25 % de sa population en mosaïque est née hors du pays. L'anglais est la première langue du pays mais plus de 100 langues différentes sont aussi parlées. La population est fortement urbanisée avec 89 % résidant en ville. Par conséquent, le développement des services de santé en Australie est essentiellement orienté vers les zones urbaines et régionales ; ils sont implantés à la fois sur le terrain et à proximité. Les services de santé connexes et le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle ont été hautement influencés par les progrès en matière de formation et de services cliniques. Un examen des 30 dernières années dans le domaine du développement de la réadaptation physique et fonctionnelle, des services cliniques (principalement l'orthoprothèse [P&O]) et des réformes dans l'éducation dans la province de Victoria (Australie) révèle que les avancements sont le fruit d'un long cheminement parsemé d'erreurs, d'impasses, mais aussi de succès.

1.2.1

Victoria (Australie) en 1982

En 1982, la population australienne est de 15,3 millions, tandis que la population de la province de Victoria compte 4,0 millions d'habitants et celle de Melbourne 2,7 millions. L'accès aux services de soins de santé est satisfaisant et des services de réadaptation physique et fonctionnelle de base sont disponibles. À cette époque, le pays était touché par des sécheresses, des inondations et des feux de forêt.

Le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle a connu les balbutiements du développement des équipes. Toutefois, l'initiative était très souvent pilotée par le médecin : il prenait souvent des décisions en autonomie sans consulter les autres professionnels. La réadaptation aiguë était distincte, et en règle générale la réadaptation physique et fonctionnelle était plus liée aux soins de longue durée. Ce secteur était davantage considéré comme offrant des « services paramédicaux » que des services de santé connexes, ce qui eut pour conséquence un faible nombre de postes à responsabilité pour les professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle. La réadaptation était considérée comme une priorité mineure.

L'orthoprothèse était très limitée par rapport aux engagements initiaux, entraînant une absence d'implication pré-chirurgicale et des délais importants. En outre, les services d'orthoprothèse étaient éloignés, sans service sur place. Par conséquent, les usagers devaient parcourir de longues distances pour accéder aux services. Le « Plan pour une orthoprothèse gratuite » (Free Limb Scheme) est entré en vigueur à partir de 1973 pour toutes les personnes amputées, mais la liste des composants était limitée.

Le niveau requis dans l'enseignement des services de santé connexes était varié. Il existait une forte disparité entre les programmes d'enseignement, et la structure était très hiérarchisée. Les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes passaient par quatre ans d'études, tandis que les spécialistes de l'orthoprothèse obtenaient leur diplôme en trois ans d'études. Le programme de ces derniers était essentiellement axé sur la technique et était peu reconnu sur le terrain.

1.2.2

Victoria (Australie) en 2012

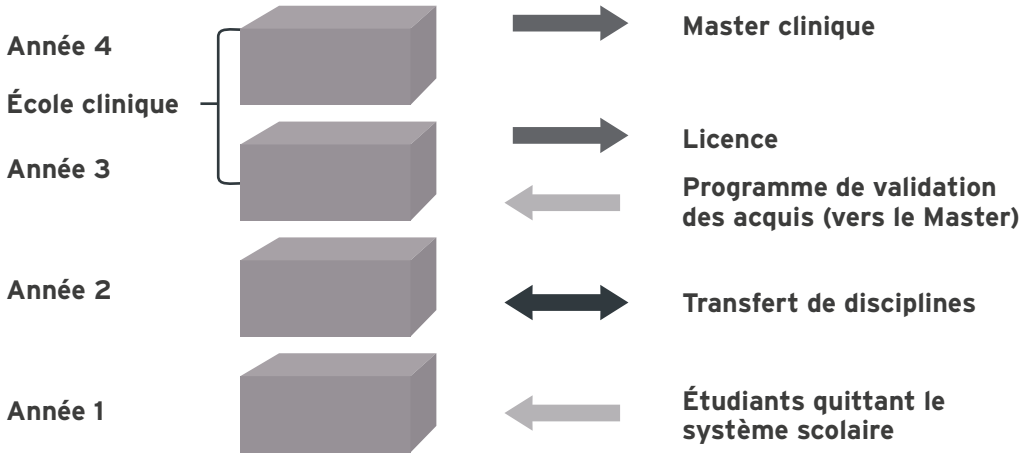
En 2012, la population australienne a atteint 22,5 millions d'habitants, c'est-à-dire une hausse de 48 %. La population dans la province de Victoria comptait alors 5,7 millions d'habitants, ce qui représentait une hausse de 43 %. La population de Melbourne comptait 4,0 millions d'habitants, représentant une hausse de 48 %. L'accès aux services de santé était satisfaisant et l'augmentation de l'âge de la population faisait évoluer l'environnement des soins de santé. Les questions environnementales restaient entières, notamment la pénurie d'eau douce, les sécheresses, les inondations et les feux de forêt.

Le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle était composé d'équipes pluridisciplinaires dans des domaines spécialisés, tels que les soins aux personnes amputées, aux patients ayant souffert d'un accident vasculaire cérébral et aux personnes âgées. L'enseignement transversal interprofessionnel était encouragé, ainsi que les soins axés sur l'usager. Les gestionnaires de cas dirigeaient des équipes et il existait un large éventail de disciplines cliniques. Les soins de santé étaient aussi dispensés hors hôpital, comme en soins ambulatoires, dans la communauté et à domicile. Le médecin était membre de l'équipe et les décisions reposaient sur des données probantes lorsque c'était possible. La recherche clinique était intégrée à la pratique et les activités d'amélioration continue de la qualité étaient considérées comme essentielles.

Le secteur de l'orthoprothèse clinique a évolué à partir du moment où les services ont été pleinement intégrés aux équipes pluridisciplinaires. Les effets étaient régulièrement mesurés et la responsabilisation a pris une place croissante au moyen de normes financières et cliniques et d'exigences minimales en matière de niveau de formation.

L'enseignement des services de santé connexes a commencé à être élaboré en partenariat étroit avec les services de santé. Une parité a été établie en termes d'exigences de niveau de formation pour l'ensemble des services de santé connexes, avec un diplôme conjoint en quatre ans (voir la Figure 2 pour de plus amples détails). L'enseignement a été fortement axé sur l'équipe pluridisciplinaire, l'utilisation des données probantes et le recours à des compétences de recherche. L'enseignement des bases théoriques de la pratique a aussi pris une place plus importante. En termes d'enseignement dans le domaine de l'orthoprothèse, une parité a été établie avec les autres disciplines et l'accent a été fortement placé sur les connaissances théoriques et cliniques plutôt que sur les connaissances techniques. En outre, la formation continue après les formations initiales est devenue un objectif majeur.

Figure n° 2 : Structure des cours – Services de santé connexes



1.2.3

Synthèse des facteurs induisant un changement

Les facteurs qui ont conduit à des changements positifs dans le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle, pour les professionnels des services de santé connexes et leur niveau d'études, ont été multiples au cours des 30 dernières années dans la Province de Victoria.

La réadaptation physique et fonctionnelle a été reconnue comme un domaine spécialisé par les autres professionnels de la santé, donnant naissance à trois domaines distincts, à savoir les soins infirmiers, les soins médicaux, et les soins de santé connexes. Le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle est devenu chef de file sous l'égide de personnalités visionnaires, et s'est restructuré. En outre, la réadaptation physique et fonctionnelle a reçu des financements dédiés, et l'amélioration de la qualité a été mise en avant au moyen de mesures, de recherches et d'évaluations comparatives. Outre le développement des services de soins subaigus dans la province de Victoria, des équipes de spécialistes se sont constituées. Ainsi, des services de réadaptation physique et fonctionnelle sont devenus disponibles aussi bien dans les services aigus que dans les services subaigus.

Le secteur de l'orthoprothèse clinique a reçu des fonds décentralisés, et a été reconnu comme davantage clinique que technique. Des associations de professionnels de l'orthoprothèse se sont créées, ce qui a eu un impact politique et a abouti à l'établissement de standards minimums pour leurs membres. Le développement professionnel continu a été proposé sous forme d'options dans les universités.

Un cours de conversion a été offert aux diplômés de l'ancien système afin qu'ils puissent passer le diplôme en orthoprothèse en trois ans. Des programmes de mise à niveau ont été proposés pour les diplômés de catégorie II de l'International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) du Cambodge et pour les diplômés japonais. En parallèle, un programme a été créé pour les diplômés issus d'autres formations souhaitant suivre un Master. Puis, une « conversion » du diplôme de troisième année vers un diplôme de Master a été proposée en orthoprothèse. L'industrie a augmenté le niveau des salaires et a amélioré les avantages offerts entraînant la parité des salaires entre toutes les disciplines des services de santé connexes.

Les études à suivre pour exercer dans les services de santé connexes ont connu un développement continu stable, avec une parité pour les programmes de cours de toutes les disciplines, rendant obligatoire l'obtention d'un diplôme de Master en quatre ans. Des liens plus étroits se sont tissés entre les différentes disciplines, grâce à la structure des programmes d'études, aux matières communes et à la première année en commun des différents cursus. Les services de santé connexes se sont diversifiés et comprennent aujourd'hui les disciplines suivantes :

- La kinésithérapie ;
- L'orthoprothèse ;
- L'ergothérapie ;
- L'orthophonie ;
- La diététique et la nutrition ;
- La podologie ;
- L'orthoptie ;
- Le travail social ;
- L'audiologie ;
- La psychologie.

Par exemple, le nouveau programme de formation sur l'orthoprothèse est axé sur les preuves cliniques, la recherche, les principes théoriques, l'évaluation physique et la résolution de problèmes cliniques. Ces axes d'étude sont étroitement liés aux compétences requises pour les diplômés et sont orientés par le cadre de qualité australien.

Globalement, la progression de la réadaptation physique et fonctionnelle et des services de santé connexes a été un processus de longue haleine à la progression régulière dans la province de Victoria mais aussi plus globalement. La réforme a été fortement influencée par des chefs de file dédiés et visionnaires, ainsi que par des changements structurels essentiels. Des politiques gouvernementales ont été élaborées et, encore plus important, elles ont été façonnées à partir de la pratique, ce qui eut un effet positif. Des fonds supplémentaires ont été alloués aux services de réadaptation physique et fonctionnelle et au bout du compte, les études pour les services de santé connexes sont davantage en synergie avec la pratique clinique.

1.3 Alliances pour le renforcement de la réadaptation internationale : une étude de cas de la Fédération africaine des techniciens orthoprothésistes

Présentation de Masse Niang, Président de la FATO

Afin de soutenir une réadaptation physique et fonctionnelle de qualité dans le contexte d'un développement international dans les États africains, il est important de commencer par comprendre les défis actuels. Certains États africains sont confrontés à des difficultés pour assurer l'accès aux soins de réadaptation de qualité aux personnes handicapées. De nombreuses organisations internationales ont déployé des efforts dans différents pays pendant plusieurs années. Toutefois, leurs actions sont souvent des éléments très faiblement prioritaires au sein de politiques nationales dotées de plans d'actions à moyen et long termes.

La Fédération africaine des techniciens orthoprothésistes (FATO) est une organisation de la société civile qui a pour objectif de promouvoir l'accès au droit à la réadaptation physique et fonctionnelle des personnes handicapées d'Afrique à travers la mise en place d'un réseau de professionnels[11]. Ces réseaux englobent des orthoprothésistes, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des médecins de la réadaptation, etc. Malgré la légitimité acquise, la FATO reste une organisation souffrant de ses limites. Après plusieurs congrès thématiques et des formations ciblées pour répondre aux demandes des membres, peu de changements sont

intervenus dans la situation actuelle. Les limites concernent souvent les structures de formation. Les organisations de personnes handicapées (OPH) ne jouent pas de rôle actif pour des raisons indépendantes de leur volonté. En conséquence, l'opinion des usagers n'est pas toujours entendue ni comprise. Les bailleurs de fonds proposent fréquemment des méthodes inadéquates de financement et des actions doivent être réalisées à leur niveau en fonction de leur cahier des charges. En outre, malgré des exemples de réussite en Afrique en termes d'intégration de personnes, politiquement et économiquement, le domaine du handicap est souvent négligé dans les politiques africaines destinées aux communautés.
Pour tenter de remédier à cette situation, la FATO, forte de ses expériences aux niveaux national, régional et international, a proposé d'œuvrer en faveur de l'élaboration de plans de réadaptation nationaux en deux étapes. La première étape a consisté à établir une cartographie complète du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle dans les États membres africains. La deuxième étape a ensuite visé à proposer des recommandations pour l'élaboration de plans nationaux de réadaptation physique et fonctionnelle d'ici à 2013.
La FATO a ensuite tiré de nombreux enseignements de ses congrès, de ses activités et des formations. Les congrès de la FATO se sont tenus dans six pays (voir le Tableau 2). Le prochain congrès de la FATO se tiendra en Côte d'Ivoire sur le thème suivant : « S'attaquer aux obstacles pour le développement de la réadaptation : les bonnes pratiques pour les plans nationaux ». Plus de 400 participants venant de 40 pays sont attendus à cet événement important.

Tableau n° 2 : Présentation détaillée des congrès de la FATO

Lieu des congrès de la FATO	Année	Thématique	Nombre de participants
Niamey, Niger	2002	Les amputations et les composants y afférents	Environ 40
Lomé, Togo	2004	La poliomyélite et les composants y afférents	Environ 60
Sally, Sénégal	2005	La formation des équipes de consultation orthopédique sur les outils de gestion dans le cadre d'une meilleure pérennité des structures et d'une équité des soins	Environ 80
Kigali, Rwanda	2007	Comment doter les pays africains de professionnels suffisants [sic] pour faire face aux besoins en réadaptation des personnes handicapées	Environ 212
Hammamet, Tunisie	2009	Handicap et technologie. Analyse de la situation et développement approprié dans les pays africains	Environ 250
Arusha, Tanzanie	2011	Comment faciliter le droit d'accès aux soins d'appareillage et de rééducation fonctionnelle de qualité pour les personnes handicapées	Environ 400 en provenance de plus de 40 pays

De plus, la FATO s'est concentrée sur le renforcement de la capacité des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle au moyen de formations visant des services de qualité et d'un travail d'équipe pluridisciplinaire. En 2012, plus de 1500 personnes provenant de près de 60 pays africains ont bénéficié de ces formations pratiques.

Les activités de la FATO ont produit de nombreux résultats positifs. À Lomé (Togo), l'ISPO a reconnu l'école d'orthoprothèse comme étant un établissement d'enseignement de catégorie II. Au Sénégal, les services publics recrutent actuellement des orthoprothésistes. Une formation pratique diplômante a été créée au Rwanda à la suite du congrès de la FATO en 2007. Des bourses d'études ont été accordées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Handicap International Belgique, ce qui a conduit à la participation de candidats issus des pays membres de la FATO.

Des formations diplômantes ont été officiellement reconnues dans les pays suivants : le Sénégal, le Rwanda, le Burkina Faso, le Cameroun, le Mali, le Congo-Brazzaville, la Guinée-Conakry, le Niger et la République centrafricaine.

La FATO a organisé plusieurs formations thématiques à la demande d'associations nationales dans un ou plusieurs pays, comme la République centrafricaine, le Burkina Faso, le Rwanda, le Niger, le Togo, le Sénégal et le Mali. De plus, 23 associations nationales sont maintenant reconnues, par rapport à quatre seulement aux débuts de la FATO.

La FATO a également contribué à faire augmenter la contribution des États aux budgets pérennes des centres nationaux de réadaptation physique et fonctionnelle au Mali, au Sénégal, au Burkina Faso, au Niger et en République centrafricaine. Des partenariats étroits ont été noués entre une quinzaine d'organisations internationales, des prestataires de services et des fabricants et fournisseurs de matériel orthopédique. Trois ministres venant de Tanzanie, du Zimbabwe et de la République centrafricaine ont participé au congrès de la FATO. Au bout du compte, l'enquête de la FATO visant à cartographier les services de réadaptation physique et fonctionnelle a été administrée dans 29 pays africains sur la base du volontariat. Ces informations ont fourni la première cartographie exhaustive régionale des secteurs de la réadaptation physique et fonctionnelle en Afrique. Handicap International et l'OMS ont soutenu le traitement des données par l'intermédiaire de stages. Leur traitement est toujours en cours, afin d'améliorer les résultats et leur diffusion.

Toutefois, malgré ces avancées, il reste des défis importants à relever. Il est important de s'assurer du rôle du gouvernement dans la mise en œuvre réussie d'un plan national. Cet élément favorisera l'engagement du gouvernement dans la mise en œuvre de la politique nationale, dans une cohérence accrue de la mise en œuvre des activités de réadaptation physique et fonctionnelle et dans une coordination améliorée des objectifs de la réadaptation physique et fonctionnelle au long cours.

1.4 Une main-d'œuvre pour une réadaptation internationale de qualité : réformes, innovation dans les ressources humaines pour la santé, un développement et un apprentissage professionnels continus

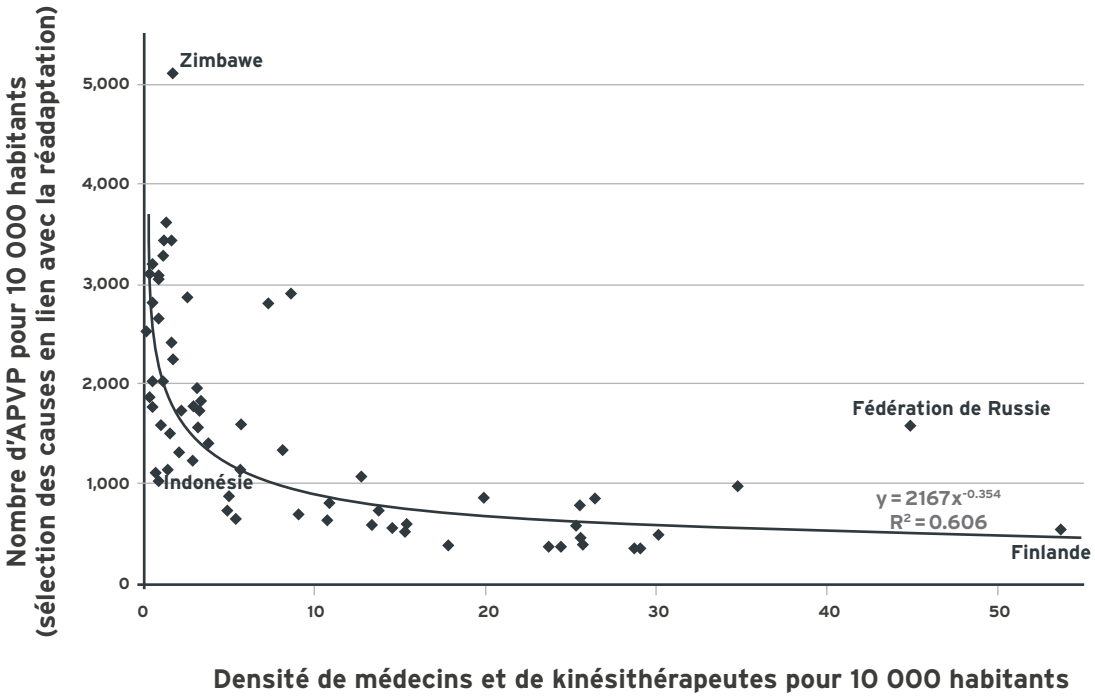
1.4.1

Le développement professionnel continu en réadaptation : présentation générale et paradigmes émergents

Présentation de Wesley Pryor, référant technique principal (réadaptation), région de l'Asie

Les approches actuelles du développement des ressources humaines sont insuffisantes pour relever les défis d'aujourd'hui. En réadaptation physique et fonctionnelle, les affections musculosquelettiques sont les maladies les plus fréquentes, représentant 74 % de l'absentéisme professionnel dans un environnement à revenus élevés[12]. L'absence de services de réadaptation physique et fonctionnelle a un effet considérable sur le nombre d'années potentielles de vie perdues (Figure 3)[13].

Figure n° 3 : Nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) dû à un manque de réadaptation[14]



L'approche actuelle de la formation continue est davantage **conditionnelle** que **continue**. À l'heure actuelle, dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, le développement professionnel est majoritairement non programmé et guidé par des projets de développement. Il est classiquement informel, non reconnu et souvent répétitif. Il repose parfois sur des actions individuelles visant une formation formelle et des programmes reconnus, mais les mécanismes de financement à cet égard sont soit inexistants, soit faibles. Généralement, les ressources humaines pour réunir des informations sanitaires sont très insuffisantes[15], et les données sur la main-d'œuvre en réadaptation physique et fonctionnelle sont largement méconnues. En outre, les données de planification pour la main-d'œuvre ne sont pas clairement définies ni en général, ni en particulier pour la réadaptation[16]. Il existe une profonde pénurie de professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle, et une capacité limitée d'emploi pour les nouveaux diplômés. Enfin, il n'existe pas de volonté de formation de responsables.

Les ressources humaines sont cruciales pour suivre les recommandations sur la réadaptation du Rapport mondial[17]. Le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle doit consolider ses acquis et renforcer son identité au moyen d'un développement professionnel pertinent et continu. Le secteur doit être à l'initiative d'efforts ciblés et coordonnés pour appuyer le développement d'une main-d'œuvre solide et pour élaborer une formation continue en adéquation avec les nouveaux types de maladies. Un secteur de la réadaptation défini au niveau international représente un défi professionnel singulier et unique. Il existe des bases théoriques et pratiques communes, mais leur application varie selon les différentes professions et les contextes. Par conséquent, Handicap International a privilégié la définition suivante du « praticien de réadaptation en santé internationale » lors de la planification d'un projet régional incluant une composante sur le développement professionnel continu en Asie du Sud :
Un praticien de réadaptation en santé internationale est hautement qualifié pour dispenser des soins cliniques et assurer une prise en charge et/ou une orientation d'excellence, en exploitant les meilleures données probantes disponibles pour les appliquer à des contextes professionnels difficiles et uniques, en particulier dans des situations de conflits ou de catastrophes ou encore où les revenus sont faibles. Ils ont des connaissances et des compétences supplémentaires sur des concepts plus larges de réduction de la pauvreté et sur la réadaptation physique et fonctionnelle, et sont des représentants actifs du secteur émergent de la réadaptation internationale.

Ce projet de développement professionnel continu de Handicap International, qui est détaillé dans la partie suivante, a établi que la réadaptation internationale et les compétences propres à la discipline, associées à des compétences appliquées et étendues, sont également importantes pour une main d'œuvre renforcée en réadaptation physique et fonctionnelle en Asie du Sud. Une formation de réadaptation internationale est essentielle pour mieux comprendre la situation ainsi que les solutions potentielles, mais aussi pour évaluer les réponses et plaider en faveur de changement. Les formations pédagogiques spécifiques aux disciplines, ainsi que les compétences appliquées étendues permettent aux professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle de tisser des liens avec les professionnels de leur propre discipline mais aussi avec les professionnels d'autres disciplines. Cet ensemble complet de compétences combinées et complémentaires permet aux professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle de mieux comprendre les enjeux sanitaires et sociaux à grande échelle ainsi que d'acquérir des compétences professionnelles approfondies.

1.4.2

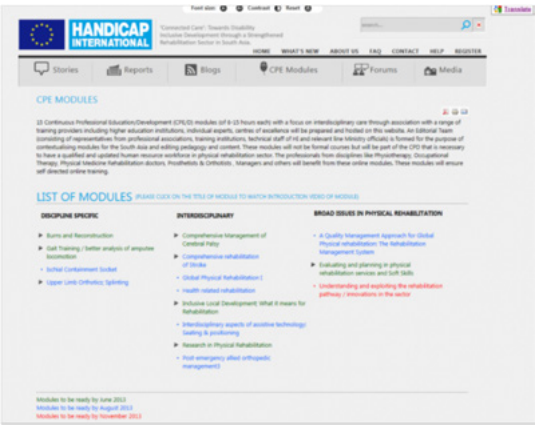
Étude de cas du projet « Vers un développement intégrant le handicap au moyen d'un secteur de la réadaptation renforcé en Asie du Sud »

Présentation par Vivek Singh, Coordinateur technique régional du projet de réadaptation

En réponse aux approches fragmentées, improvisées, non mesurées et ponctuelles de la formation, le projet régional de Handicap International en Asie du Sud « Vers un développement intégrant le handicap au moyen d'un secteur de la réadaptation renforcé en Asie du Sud » comprend une composante spécifiquement axée sur la création de modules de développement professionnel continu[18]. Ce projet, prévu pour trois ans, a débuté en 2011. Il est axé sur quatre pays : l'Afghanistan, le Bangladesh, l'État d'Odisha en Inde et le Sri Lanka.

Les modules ont été élaborés en collaboration avec les ressources internes de Handicap International et une association de prestataires de formations tels que des universités, ISPO ainsi que d'autres entités professionnelles de réadaptation physique et fonctionnelle. Le processus a été supervisé par un comité éditorial, puis mis en œuvre par un groupe de travail.

Au total, 15 modules pluridisciplinaires et spécialisés de développement professionnel continu ont été élaborés (Tableau 3). Les modules ont été sélectionnés à partir de l'expérience de Handicap International, des



demandes des professionnels dans les pays et des besoins dans le monde. La durée de chaque module de formation en ligne varie entre 6 et 15 heures, et tous les modules sont disponibles sur le site Internet Rehab Monitor[19] sous différentes formes, telles que des vidéos, des études de cas et des groupes de discussion. Les modules sont dispensés en ligne, puis complétés par un enseignement individuel pour chaque module sélectionné, à l'aide d'une approche de formation de formateurs et d'un groupe d'intervention dédié de formateurs pour chaque module. Le groupe d'intervention de formateurs est appuyé à la fois par un enseignement en présentiel et par téléconférence, le cas échéant.

Tableau n° 3 : Modules de développement professionnel continu du projet de réadaptation physique et fonctionnelle régional de Handicap International

Thèmes généraux de développement professionnel continu au sein des modules de réadaptation physique et fonctionnelle	Modules pluridisciplinaires de développement professionnel continu	Modules de développement professionnel continu spécifiques aux disciplines
Une approche qualitative de la gestion de la réadaptation internationale : Le système de management de la réadaptation	Prise en charge globale de la paralysie cérébrale	Brûlures et reconstruction
Évaluation et planification des services de réadaptation physique et fonctionnelle et des compétences générales	Réadaptation complète après un accident vasculaire cérébral	Amputation, entraînement à la marche et son analyse
Comprendre et exploiter la voie de la réadaptation physique et fonctionnelle / les innovations dans le secteur	La réadaptation physique et fonctionnelle au niveau international	L'emboîture à ischion intégrée
	Réadaptation liée à la santé	Orthèses des membres supérieurs ; attelles de main
	Développement local inclusif : effet sur la réadaptation	
	Aspects pluridisciplinaires de la technologie d'assistance : La position assise et le positionnement	
	La recherche en réadaptation physique et fonctionnelle	
	Prise en charge orthopédique après une situation d'urgence	

Tous les modules sont axés sur les soins pluridisciplinaires. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas de formations formelles mais qu'elles font partie du développement professionnel continu requis pour disposer d'une main-d'œuvre qualifiée et dotée de connaissances récentes dans le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle. Les professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle, notamment les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les médecins spécialisés en réadaptation, les orthoprothésistes et tous les autres, tireront avantage des formations en ligne.

1.5 Introduction au système de management de la réadaptation

Adapté du draft « Système de gestion de la réadaptation en 5 points, Partie I – Introduction et description du système de gestion », par Wes Pryor

1.5.1

Système de management de la réadaptation

De nombreux instruments internationaux confirment l'importance de services de réadaptation physique et fonctionnelle accessibles, abordables, et de haute qualité. En particulier, la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées[20] (CDPH) appelle les États Parties à promouvoir l'accès aux soins de santé, la mobilité personnelle et la vie autonome pour les personnes handicapées soulignant les besoins en services de réadaptation physique et fonctionnelle de qualité comme la kinésithérapie, l'ergothérapie et la prestation d'aides techniques de qualité.

En plus de répondre à un besoin, l'accès à une réadaptation physique et fonctionnelle de qualité est une bonne politique publique. En effet, il est économiquement avantageux d'améliorer la participation des personnes handicapées à la vie de la communauté par l'amélioration de leurs fonctions, l'adaptation de leur environnement, les changements d'attitudes au sein de la communauté et les aides techniques. Par la réduction des soins hospitaliers, un retour anticipé ou plus fréquent au travail, une participation à la vie domestique et l'allègement de la charge des soignants, la réadaptation physique et fonctionnelle peut réduire les frais généraux des personnes, de la communauté et de la société en général[21].

À travers la gestion de la qualité, les services de réadaptation physique et fonctionnelle peuvent devenir plus efficaces et rentables. Ainsi, les services de haute qualité pourront plus facilement garantir leur disponibilité de manière constante et pérenne.

1.5.2

Objectif du système de management de la réadaptation

L'objectif général du système de management de la réadaptation (SMR) est d'aider des prestataires de service en réadaptation physique et fonctionnelle dans la gestion efficace et stratégique de leurs services afin de fournir les soins de la plus haute qualité et de la manière la plus pérenne possibles. Ce faisant, ce système de management a pour intention de contribuer à une matrice de systèmes qui promeut la pleine participation des personnes handicapées dans tous les domaines de la société. La première phase du développement du système exclut les indicateurs de gouvernance clinique, et est plutôt axée sur la gestion globale des services.

1.5.3

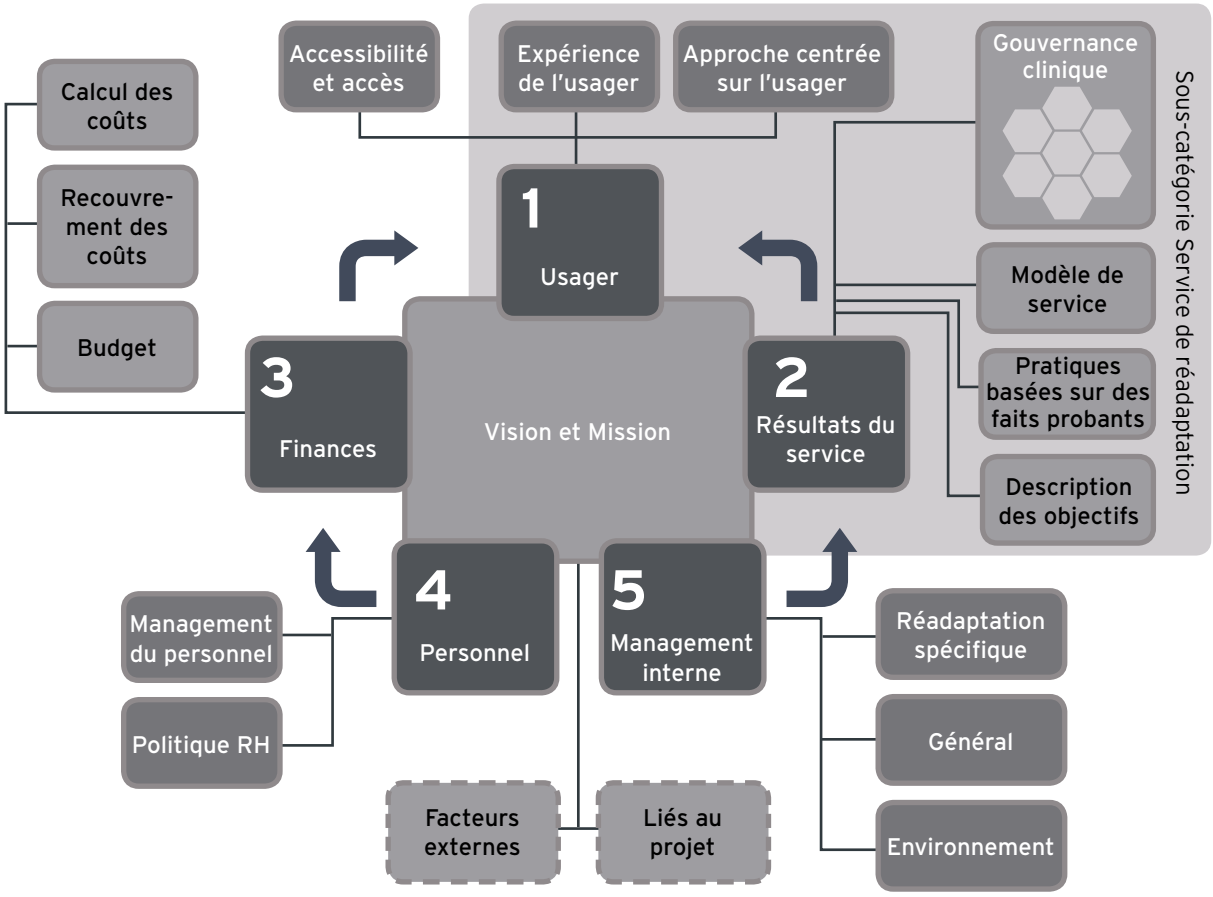
Suggestions quant à l'utilisation du SMR

Comment l'utiliser ?

Ce système de management devrait être employé systématiquement. Tout en étant complet, ce système regroupe de nombreux secteurs en un noyau restreint de secteurs, chacun d'entre eux étant accompagné d'une grille de notation permettant de faire une analyse globale de la capacité actuelle d'un service. La structure globale du système est présentée dans le schéma 4. Il y a cinq catégories principales : usagers, résultats du service, finances, personnel et management interne. Chaque catégorie principale est ensuite divisée en sous-catégories comme indiqué dans le schéma 4. La sous-catégorie des services de réadaptation physique et fonctionnelle est indiquée en gris dans la figure. Les grilles de notation permettent à l'utilisateur d'identifier les points forts et les points faibles.

Le système de management fournit un condensé pertinent de politiques, directives, consensus, expériences et recherches qui peuvent ensuite être employés pour prévoir, surveiller, évaluer ou gérer des projets. Pour les utilisateurs du système de management complet, des instructions plus spécifiques sont fournies dans la section « comment utiliser le SMR ».

Schéma 4 : Structure du système de management de la réadaptation en 5 points



Public ciblé

Les gestionnaires seront les principaux utilisateurs et/ou les coordinateurs du processus du SMR. Toutefois, il pourrait être vraiment profitable de déléguer la responsabilité des sous-catégories aux responsables d'unités ou au personnel senior. Lorsque cette hiérarchie est inexistante, il devrait être possible de remplir les grilles de notation et de planifier la stratégie de manière collective, sous la supervision d'un point focal désigné pour le contrôle de la qualité. De plus, le SMR peut être occasionnellement utile pour un auditeur externe. L'attribution de grilles de notation pour le système de management de la réadaptation au personnel qui n'a pas encore été envisagé en tant que responsable ou superviseur peut être une méthode positive de délégation de prise en charge et de responsabilité quant aux effets/impacts, quand l'encadrement était traditionnellement l'apanage de quelques-uns.

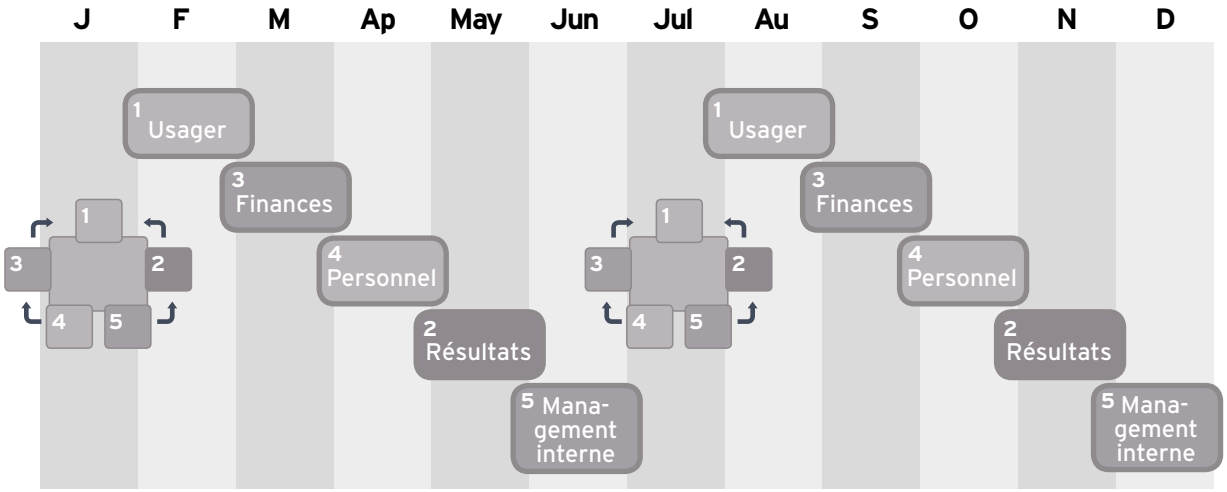
Indépendamment de la façon dont chaque centre utilise ce système de management, il est essentiel que les individus et groupes connaissent leurs responsabilités et que soit clairement définie leur contribution aux processus de mesure, de développement stratégique, et de mise en place du SMR.

Alors que le but principal de ce système de management de la réadaptation est de proposer un processus complet et continu de gestion de la qualité, il pourrait également être employé en partenariat avec les agences techniques ou des bailleurs de fonds afin de cibler les domaines les plus importants à développer. Il pourrait également être employé comme instrument d'auto-évaluation avant une évaluation externe. Dans de nombreux contextes, les seules évaluations que les centres subissent sont liées aux projets et sont souvent conduites par des personnes externes qui peuvent ne pas être à même de déterminer les détails opérationnels complexes et d'explorer véritablement les causes des forces et des faiblesses du service. Les résultats des évaluations pourraient donc ne pas être aussi utiles au développement stratégique qu'ils devraient l'être. En outre, les évaluations de ce type sont rarement identiques d'une fois sur l'autre puisqu'elles sont conçues en fonction des cycles de projet spécifiques. Cela signifie que les principaux effets/impacts du prestataire de services peuvent être négligés, ou difficiles à comparer d'une année à l'autre. Utiliser ce système de management offre donc un cadre de suivi clair, systématique et indépendant de la personne qui conduit l'examen, en vue d'autres évaluations spécifiques, accréditations, etc.

Fréquence du suivi et de l'évaluation

Tout système de management ou processus de garantie de la qualité doit être appliqué sur une base régulière, à intervalles prédéterminés. Le système proposé au schéma 5 fournit des solutions pour examiner différents éléments d'un service global, de façon à ce qu'il soit possible, par exemple, d'échelonner l'analyse sur une année (ou dans autre laps de temps). Il est assez pratique d'allouer une grille de notation à un responsable ou un superviseur compétent, voire de faire circuler l'analyse des grilles de notation au sein des équipes. Certains responsables pourraient recevoir deux grilles de notation ou plus, et idéalement, un groupe de responsables, de superviseurs ou de détenteurs de grilles de notation pourrait se rencontrer tous les 6 mois pour étudier l'ensemble des grilles de notation et planifier pour la période d'intervention suivante.

Figure n° 5 : Fréquence du suivi et de l'évaluation avec le système de management de la réadaptation



Évidemment, certains éléments exigés pour des résultats de haute qualité nécessitent un suivi continu. La collecte de certaines données devra se faire quotidiennement. Cela dit, le système de management en soi ne devrait pas exiger un suivi continu, mais pourra suggérer des indicateurs pour un suivi permanent quotidien ou d'une autre courte période.

S'il est utilisé correctement, le système de management ne devrait pas augmenter le temps consacré à la gestion de la qualité. Au contraire, il devrait permettre aux responsables de se concentrer sur les principaux indicateurs et secteurs clés du service. Ceci devrait conduire à une plus grande efficacité et fiabilité, puisque les indicateurs sont constants d'une période à l'autre, l'examen de ces indicateurs étant rationalisé par des processus d'ajustements stratégiques en vue de leur amélioration. Dans les situations où les indicateurs proposés ici sont déjà mesurés - probablement de manière plus approfondie - le processus en place doit demeurer puisqu'il est déjà compris et efficace dans un contexte spécifique.

1.5.4

Processus de développement du SMR

Le SMR repose sur les principes des tableaux de bord équilibrés, qui sont issus des entreprises privées mais fréquemment adaptés aux soins de santé. Après une revue de la littérature portant tout particulièrement sur des recommandations consensuelles dans des domaines pertinents pour la réadaptation physique et fonctionnelle, les résultats ont été traduits en descripteurs normatifs, alloués à cinq domaines clés issus des tableaux de bord équilibrés pour la santé, puis divisés en sous-catégories pertinentes.

Autant que possible, le SMR émet des recommandations sur la base de preuves solides, particulièrement à partir de documents d'évaluation ou consensuels. Il prend en considération également des directives ou des recommandations issues de documents nationaux et internationaux pertinents. Les utilisateurs du système sont

encouragés à examiner ces documents de manière plus approfondie, en particulier au moment de développer des actions pour faire face aux limites identifiées au cours du processus de mesure.

Une fois « la norme » pour chaque indicateur décrite à l'aide d'une simple phrase, le score de « 2 » est alloué. Des descripteurs supplémentaires pour les scores suivants : 0, 1 et 3 ont ensuite été élaborés en identifiant des limites critiques, des limites intermédiaires ou des exemples où la norme pourrait être surpassée. Ainsi, des questions « critiques », définies comme pouvant entraîner un préjudice personnel, des questions juridiques ou autres, reçoivent le score de « 0 ». Les domaines ayant des limitations qui n'étaient pas critiques, mais pour lesquelles la norme n'était pas respectée reçoivent le score de « 1 », la norme « 2 » et les situations où la norme est surpassée reçoivent un score de « 3 ». Cet ensemble préliminaire de normes et de scores a été utilisé pour un essai pilote conduit par l'auteur principal.

Après l'essai pilote, du matériel de formation a été élaboré avant de mettre en œuvre le système dans des centres de réadaptation physique et fonctionnelle supplémentaires. Une enquête d'évaluation du processus est en cours pour saisir les expériences des équipes de mise en œuvre, notamment des membres des équipes dans les centres évalués. Ces résultats seront utilisés pour perfectionner le système de management de la réadaptation.

1.5.5

Portée du SMR

Ce système de management n'est pas conçu comme une méthode progressive s'appliquant à toutes les activités dans un service de réadaptation physique et fonctionnelle. Ce n'est pas non plus une « boîte à outils » détaillée et complète avec tous les différents outils et instruments accompagnant chacune des étapes nécessaires à la prestation de soins de réadaptation physique et fonctionnelle de haute qualité. Ce système de management combine plutôt des éléments d'un manuel, d'un système de mesure et d'un processus de planification stratégique. Ainsi, il est adaptable à de nombreuses situations et contextes, et facilite l'utilisation efficace de systèmes et outils préexistants. Différents utilisateurs peuvent décider de se concentrer sur quelques grilles de notation uniquement, ou de ne tenir compte que des sous-catégories de toutes les grilles de notation, selon un plan à plus long terme pour examiner l'ensemble des indicateurs. Ce choix dépend de l'angle d'attaque utilisé pour le SMR pour l'évaluation ou le suivi, la capacité et les priorités de l'équipe.

Quelques questions

L'utilisation de ces grilles de notation aboutit à un résultat final sous la forme d'un ensemble de chiffres qui :

- Sont fortement ventilés ;
- N'indiquent pas les causes sous-jacentes des limitations dans les résultats finaux ;
- Indiquent seulement les « instantanés », et non pas comment les variables et les indicateurs pourraient fluctuer avec le temps ;
- Établissent des suppositions a priori sur la pertinence des normes dans toutes les circonstances, mais ne définissent pas de normes locales ;
- Ne participent pas à leur développement ;

- Supposent un certain niveau de compétences en management, de connaissances et d'aptitudes pour comprendre et appliquer des concepts de gestion.

Le but est de créer une checklist significative des différents indicateurs qui peuvent être employés pour vérifier la qualité d'un service de réadaptation physique et fonctionnelle au regard des normes internationales de base, des expériences réussies et, bien sûr, des lois, coutumes et situations locales. Toutefois, il n'est pas suffisant de réduire un ensemble complexe de processus à un nombre restreint de « notations ».

Pour cette raison, ce système de management :

- Indique les sources des critères de qualité pour des analyses plus approfondies ;
- Encourage (et exige) un suivi régulier, sur la durée, des indicateurs importants relatifs à la qualité et au service qui ne font pas partie du système de management ;
- Vise à être modifié en fonction de l'organisation particulière du service.

Ainsi, le système est un échafaudage sur lequel peuvent se monter beaucoup d'autres mesures, processus et indicateurs provenant de projets ou d'approches de gestion préexistantes.

Pourquoi n'y-a-t-il aucun protocole complet relatif aux actions spécifiques dans un service de réadaptation ?

Certains responsables de la réadaptation physique et fonctionnelle, en particulier ceux chargés de la gestion de services cliniques ou de processus comme l'acquisition de ressources ou l'orientation des patients et d'autres processus similaires, peuvent rechercher des protocoles spécifiques à dérouler étape par étape dans leurs services. Ils peuvent aussi être à la recherche d'une « boîte à outils » complète, incluant des modèles pour toutes (ou presque toutes) les mesures individuelles, tous les processus ou toutes les interventions relatives au management efficace d'un service de réadaptation physique et fonctionnelle.

Toutefois, même une simple analyse de la plupart des services de réadaptation physique et fonctionnelle révèle que :

- Si la plupart des services de réadaptation ont des points communs, ils sont peu nombreux à être exactement identiques, même au sein d'un même pays ;
- De nombreux services de réadaptation existent au sein d'une organisation offrant d'autres services ;
- Il existe littéralement des centaines de processus dans un service de réadaptation moyen.

En raison de ces observations élémentaires, un dossier complet d'instructions étape par étape, associées aux outils adaptés pour suivre ces étapes, donnerait naissance à un document très complexe et très volumineux. De surcroît, il est très improbable qu'un tel document soit utilisé pour les raisons suivantes :

- Incorporer tous les processus dans les systèmes préexistants dans un laps de temps raisonnable serait une tâche trop lourde ;
- Les ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre les changements requis pour incorporer tous ces outils seraient très fréquemment insuffisantes ;
- Les prestataires de réadaptation physique et fonctionnelle peuvent déjà disposer d'outils en place et dans ce cas, le changement serait redondant ;
- Certains processus, en particulier ceux concernant les aspects financiers et

de gouvernance, sont très variables en fonction des exigences juridiques spécifiques et d'autres réglementations propres à l'environnement local ;
- De nombreux processus sont guidés par l'expérience et les pratiques courantes du personnel. Dans certaines situations, ce choix est tout à fait adapté, car rajouter une couche de bureaucratie supplémentaire serait impopulaire et probablement rejeté ;
- Sélectionner les protocoles de soins à inclure serait très complexe. Certains sont largement documentés, alors que d'autres sont étayés par peu ou de faibles données probantes. Enfin, le très grand nombre de situations particulières donneraient lieu à de très nombreux protocoles individuels.

Dans d'autres situations, notamment dans des groupes de diagnostic spécifiques, les avantages à introduire des protocoles de soins spécifiques peuvent être nombreux lorsqu'ils ne sont pas encore mis en place. Toutefois, cette responsabilité incombe surtout aux milieux de soins de santé très avancés ou aux praticiens individuels et à leur jugement clinique. Par conséquent, le SMR pousse surtout à savoir si des systèmes de réadaptation physique et fonctionnelle sont en place, puis à l'introduction et à l'amélioration continue de ces systèmes, plutôt qu'à l'introduction des systèmes eux-mêmes. Toutefois, les efforts pour diffuser transversalement le développement de pratiques normalisées font partie de l'enveloppe globale d'activités de développement du SMR.

1.5.6

Résultats préliminaires du SMR

Le SMR a été testé de manière exhaustive dans neuf centres de réadaptation physique et fonctionnelle de quatre pays en Asie du Sud. Des mises en œuvre à plus petite échelle, impliquant uniquement deux grilles de notation, ont été réalisées dans deux autres centres.

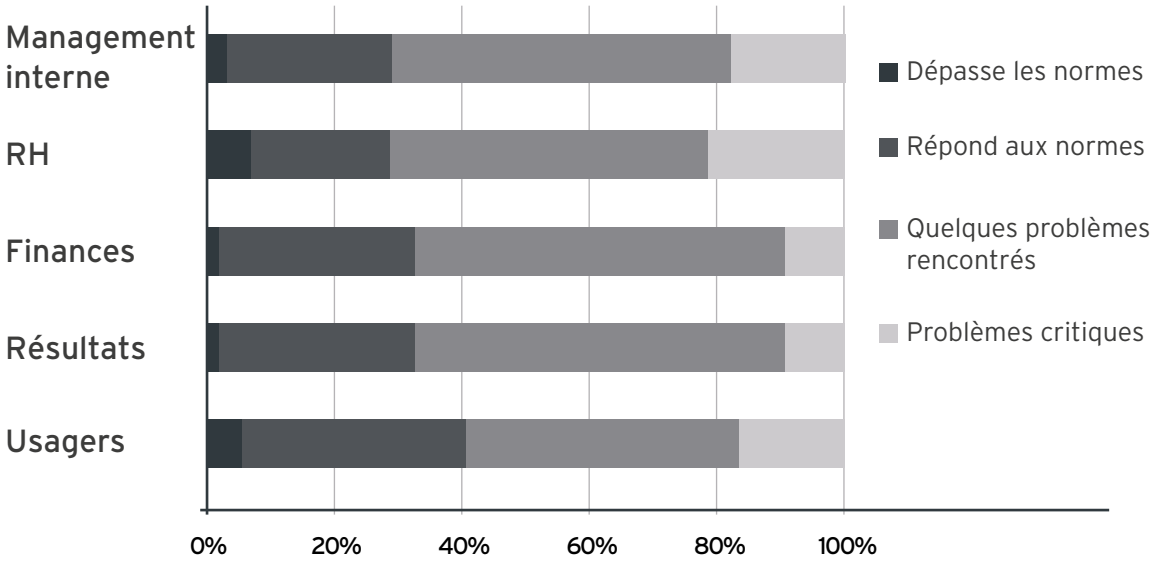
Les résultats préliminaires pour les neuf centres de réadaptation physique et fonctionnelle sont présentés en Figure 6. Approximativement 33 % de tous les indicateurs respectent les normes ou les dépassent, et environ 15 % sont critiques.

Si les centres étudient à leur propre niveau les causes sous-jacentes de faibles résultats, aucune analyse globale des points forts et des points faibles ou des facteurs des causes sous-jacentes n'a été ébauchée. En général, les résultats sont encourageants en raison des nombreux exemples où les normes sont respectées, voire dépassées malgré des conditions de travail complexes. Si 15 % des indicateurs sont considérés comme « critiques », en général, il est relativement simple de passer de 0 à 1 avec de simples ajustements modestes, et souvent passer de 1 à 2 implique une mise à l'échelle, une amélioration ou une simple documentation des pratiques existantes.

Appréhender les interventions les plus efficaces pour améliorer les normes, et savoir si les normes et le processus d'évaluation sont durables et développés, constituent des éléments qui prévalent sur la compréhension des statistiques descriptives globales. Ces analyses font partie des plans en cours pour le développement du SMR.

Figure n° 6 : Scores de tous les centres, corrigés pour les indicateurs non chiffrés

(Remarque : cette « correction » prend en compte les indicateurs individuels sans résultats en calculant un score pour chaque service uniquement sur la base des indicateurs réellement chiffrés. Par conséquent, il n'y a pas de pénalité pour les indicateurs non renseignés)



1.5.7

Poursuivre le développement du SMR

Après la rédaction de ce rapport, une réunion de consensus d'un groupe de travail sur le SMR s'est tenue en juillet 2013. Au cours de cette réunion, une nouvelle revue de la littérature, visant à élargir l'analyse critique des normes actuelles, a été menée. De plus, un processus de concertation a été utilisé pour proposer de nouveaux indicateurs et des ajustements à ajouter aux indicateurs actuels, et des modifications ont été proposées aux processus de comptes rendus.

Par la suite, une nouvelle analyse est nécessaire pour mieux comprendre les facteurs favorisant des services de haute performance. Une analyse approfondie des raisons motivant des indicateurs constamment faibles sera aussi requise pour s'attaquer avec efficacité aux limitations communes. Ces actions doivent être complétées par le développement de systèmes davantage standardisés pour certains domaines de pratiques essentiels. L'analyse actuelle suggère que les mises en œuvre individuelles sont en train de mettre au point une myriade de documents et de processus, qui sont nécessaires pour que chaque centre bénéficie d'une solution sur mesure dans un contexte qui lui est propre. Si c'est probablement vrai, il est aussi évident que de nombreux processus sont similaires, sinon identiques, entre les différents centres. Actuellement, il n'y a eu aucune action pour consolider ce matériel. Il est clair qu'il s'agit d'un point de départ important pour s'attaquer aux limites des services.

Il est important de souligner que le SMR ne traite pas les indicateurs cliniques. Une prochaine étape importante peut consister à cibler ces résultats. Des actions préliminaires sur ce sujet sont en cours.

2. Résultats du séminaire

2.1 Analyse du développement professionnel continu

Au cours du séminaire, les participants ont discuté du développement professionnel continu (DPC) et ont identifié les raisons clés suivantes pour appuyer l'importance de ce développement dans le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle :

- Réduire le turn-over de personnel ;
- Unifier les normes ;
- Améliorer l'efficacité ;
- Suivre les nouveaux progrès ;
- Renforcer les capacités ;
- Satisfaire des besoins spécifiques ;
- Faire reconnaître les compétences professionnelles par la communauté ;
- Faire reconnaître les compétences professionnelles par les autorités ;
- Promouvoir le partage de compétences ;
- S'auto-évaluer ;
- S'adapter à de nouvelles maladies ou à de nouvelles méthodes (par exemple, un modèle social, etc.) ;
- Enrichir des compétences élémentaires ;
- Renforcer des associations professionnelles ;
- Asseoir le professionnalisme ;
- Motiver le personnel ;
- Tirer les enseignements des expériences.

Différents types de DPC ont été analysés par les participants, qui ont ensuite précisé l'entité formatrice souhaité pour ces séances de développement professionnel continu et la durée de chaque module de formation (voir Tableau 4 pour consulter ces détails).

Tableau n° 4 : Analyse du développement professionnel continu par les participants

Type de DPC	Entité formatrice	Durée
Formation	École ou faculté internationale	
Formation initiale	École ou faculté régionale ou nationale	Des années à plein temps
Mise à niveau formelle	École ou faculté régionale ou nationale	Des années, des mois à plein temps ou à temps partiel
	Formation diplômante en ligne	Durée flexible
Rafraichissement formel des connaissances	École ou université	Occasionnellement
	Séminaires ou conférences spécialisés organisés par une institution officielle ou un organisme ou une association professionnelle	Quelques jours

Mise à niveau ciblée	Stage dans un milieu (plus) spécialisé	Des semaines, des mois, en fonction des besoins
	Séminaires ou conférences spécialisés organisés par une entité non officielle	Quelques jours
	Publications professionnelles	En continu
	Mission d'expert	Des jours à des années, selon les besoins
	Formation en ligne	Durée flexible
	Formation par modules dispensés par une ONG ou une institution nationale	Des jours, durée flexible
Mise à niveau à long terme	Partenariat / tutorat avec une institution ou une université spécialisée	Des années
Rafraichissement informel des connaissances	Stage dans un milieu (plus) spécialisé	Des semaines, des mois, en fonction des besoins
	Séminaires ou conférences spécialisés organisés par une entité non officielle	Quelques jours
	Publications professionnelles	En continu
	Mission d'expert	Des jours à des années, selon les besoins
	Visite sur le terrain ou voyage d'étude	Des jours à des semaines, selon les besoins
	Échanges professionnels	En continu
	Formation en ligne	Durée flexible
Développement personnel alimenté par l'expérience	Auto-formation (à partir des commentaires des utilisateurs)	Permanent

Au cours de cette session du groupe de travail sur le DPC, les participants ont conclu que le développement professionnel continu formel et le développement informel étaient tous les deux importants et complémentaires. Il a été reconnu que jusqu'à présent, les projets appuyés par Handicap International étaient habituellement basés sur le développement professionnel continu informel ; toutefois, les participants ont affirmé que cette caractéristique devait en la matière progressivement évoluer d'informelle à formelle. Au cours de cette évolution, il est important que les projets soient envisagés avec les contraintes contextuelles externes, telles que la sécurité, le calendrier, la disponibilité des formateurs, les formations formelles existantes et les diverses exigences des participants à la formation, des employés et des ministères.

2.2 Analyses par pays du management de la réadaptation internationale au niveau des centres et des secteurs

Pendant le séminaire, les participants provenant des 12 pays ont analysé l'état actuel du management de la réadaptation internationale au niveau des centres et des secteurs.

Chaque pays a évalué ses progrès en matière de management de la réadaptation physique et fonctionnelle par rapport à une échelle graduée des mesures suivantes : « des problèmes importants », « à améliorer », « acceptable », et « exemplaire ». Les participants au séminaire de chaque pays étaient des professionnels clés dans le domaine de la réadaptation physique et fonctionnelle, et ont évalué le statut du secteur dans leur pays à partir de leurs connaissances et de leur expérience professionnelle dans le contexte national. La compilation des résultats est présentée en Figure 7. Chaque participant a aussi fourni des détails supplémentaires sur son évaluation, mettant en avant la situation actuelle, les raisons et les étapes anticipées à venir pour les deux niveaux. Ces informations supplémentaires sont consultables par les participants sur le site Internet du séminaire[22].

Figure n° 7 : Analyses par pays du management de la réadaptation au niveau des centres et des secteurs

NIVEAU DES CENTRES

Des problèmes importants (0)	À améliorer (18) Burkina Faso ; Burundi ; Cap Vert ; Cambodge ; Chine/Tibet ; Congo ; Ghana ; Inde ; Indonésie ; Irak ; Sierra Léone et Liberia ; Mali ; Népal ; Palestine ; Somaliland ; Togo
Acceptable (1) Vietnam	Exemplaire (0)

NIVEAU DES SECTEURS

Des problèmes importants (2) Liberia ; Somaliland	A améliorer (17) Burkina Faso ; Burundi ; Cap Vert ; Cambodge ; Chine/Tibet ; Congo ; Inde ; Indonésie ; Irak ; Népal ; Palestine ; Sierra Léone ; Togo ; Vietnam
Acceptable (1) Mali	Exemplaire (1) Ghana

LÉGENDE

- Des problèmes importants
- Acceptable
- À améliorer
- Exemplaire

Globalement, les niveaux des centres et des secteurs étaient évalués comme étant "à améliorer » par la majorité des participants. Parmi les raisons principales identifiées, on peut citer : les ressources humaines, financières et matérielles limitées ; le turn-over élevé de personnel ; l'absence d'expertise ; une coordination médiocre entre les différents niveaux (centres, secteurs, international) ; une coordination médiocre entre les ONG et les gouvernements ; l'absence d'outils et de normes pour mesurer la qualité ; l'absence de reconnaissance de la part des gouvernements et de planification, notamment une absence de plan de réadaptation national ; et un plaidoyer et des politiques faibles. Les étapes suivantes débattues par les participants, au niveau des centres comme des secteurs, sont intégrées dans les recommandations du séminaire consultables dans la section finale de cette publication. Ces recommandations doivent être examinées puis débattues avec les membres clés des secteurs de la réadaptation physique et fonctionnelle, au niveau des centres comme des secteurs, pour déterminer les étapes suivantes pertinentes à mettre en place dans chaque contexte national.

2.3 Analyses par pays des recommandations sur la réadaptation du Rapport mondial sur le handicap

Au cours du séminaire, les participants provenant des 12 pays ont analysé le statut du moment du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle dans leur pays par rapport à quatre recommandations extraites du chapitre sur la réadaptation dans le Rapport mondial. Les quatre domaines de recommandation clés analysés étaient les suivants :

1. Analyse et développement des politiques ;
2. Ressources humaines et développement ;
3. Élargissement de la prestation de services ;
4. Accès aux technologies d'assistance.

Avant d'évaluer la performance de leur pays, les participants ont passé du temps à analyser les recommandations et à préparer des définitions simples des niveaux « standard » ou « minimum » pour chaque domaine. Puis, chaque pays a évalué ses progrès en fonction des quatre domaines clés sur une échelle graduée des mesures suivantes : « Limitations sérieuses », « Quelques limitations », « Répond aux normes », et « Dépasse les normes ». Les résultats sont présentés ci-après dans le Tableau 5. Chaque participant a ensuite fourni des détails supplémentaires sur ses observations, notamment sur les évolutions en cours et les motifs de ces évolutions, dans le contexte du pays pour les quatre domaines clés des recommandations du Rapport mondial. Des informations détaillées sont consultables par les participants sur le site internet du séminaire[23].

Tableau n° 5 : Analyses par pays des recommandations du Rapport mondial

(Remarque : les pays pour lesquels deux participants ou plus ont évalué le statut national différemment sont en *italiques*)

Domaines clés de recommandation du Rapport mondial sur le handicap	Statut du pays			
	Limitations sérieuses	Quelques limitations	Répond aux normes	Dépasse les normes
Analyse et développement de politiques	(2) Irak Inconnu A	(10) Burundi Cambodge Chine/Tibet Inde Indonésie Népal Palestine Somaliland Inconnu A Inconnu B	(1) Vietnam Inconnu B	(0)

Développement de ressources humaines	(3) Burundi Cambodge Somaliland	(7) Chine/Tibet Inde Indonésie Irak Népal Palestine Inconnu A	(1) Vietnam	(1) Inconnu B
Prestation de service en expansion	(0)	(10) Burundi Cambodge Chine/Tibet Inde Indonésie Irak *Népal* Palestine Somaliland Vietnam	(2) *Népal* Inconnu A Inconnu B	(0) Inconnu B
Accès aux technologies d'assistance	(2) La Chine/Tibet *Palestine*	(7) Burundi Inde Indonésie Irak *Palestine* Somaliland Vietnam Inconnu A	(3) Cambodge Népal Inconnu B	(0)

Globalement, chacune des quatre recommandations a été évaluée comme ayant « quelques limitations » par la majorité des participants provenant des pays à revenus faibles ou intermédiaires. En conséquence, selon les participants à l'atelier provenant des 12 pays, les normes minimales de réadaptation physique et fonctionnelle ne sont pas atteintes sur la base des documents actuels. Des analyses plus approfondies sont requises pour déterminer le statut global des pays et le besoin potentiel en ressources de réadaptation supplémentaires et le développement permanent du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle. Cette analyse doit traiter de l'ordre des priorités, de concertation sur les normes, d'exemples positifs, de meilleure compréhension sur le financement et des données probantes sur la façon dont les recommandations peuvent être efficacement atteintes.

3. Recommandations et conclusion

3.1 Recommandations du séminaire

À partir des nombreux échanges pendant le séminaire, les participants ont défini des recommandations à court et long termes, détaillés dans les Tableaux 6 et 7. Les participants ont été encouragés à formuler des recommandations pratiques plutôt que théoriques. Leurs recommandations ont été analysées, puis sous-réparties par niveaux (secteur, centre, international) et domaines de la réadaptation physique et fonctionnelle afin de faciliter leur compréhension et leur mise en œuvre.

Tableau n° 6 : Recommandations à court terme

Niveau	Domaine	Recommandations
Centre	Qualité	Encourager le partage des outils/des activités entre les projets en lien avec la gestion de la qualité
		Augmenter la sensibilisation au SMR ou autres modèles
		Sensibiliser au concept de qualité
		Disposer de consommables en qualité et quantité suffisantes
		Améliorer la qualité des services existants de réadaptation physique et fonctionnelle
		Définir les critères « cliniques » de qualité pour compléter le SMR
	Flux de travail	Réfléchir à de meilleures alternatives pour améliorer le planning de travail
		Augmenter la productivité
	RH/DPC	Élaborer un plan de développement continu pour les équipes techniques et les responsables
		Disposer de RH qualifiées et suffisantes
		Organiser des formations continues et complémentaires pour les équipes de réadaptation physique et fonctionnelle, afin d'assurer une meilleure gestion et mise en œuvre
		Assurer formation et mobilisation
Centre/ Secteur	Qualité	Outils de contrôle qualité à mettre en œuvre puis à capitaliser
	DPC	Développement et formation des RH en réadaptation physique et fonctionnelle
	Services	Renforcement (recyclage) des professionnels et équiper les centres
		Élargir la couverture des services
	Formation	Formation du personnel de réadaptation physique et fonctionnelle en nombre suffisant pour les pays où la pénurie est élevée (formation initiale diplômante)
	Coordina-tion	Secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle : être ouvert aux usagers ; Usagers : les mobiliser en faveur de la réadaptation physique et fonctionnelle
		Inclure les OPH dans le plaidoyer

Secteur	Qualité	Définir les critères de « management » et de « services » de qualité pour les acteurs en charge des systèmes de régulation
		Analyse de la situation pour identifier les besoins des services de réadaptation physique et fonctionnelle en termes de problèmes financiers, ce qui peut améliorer la qualité des services et augmenter le nombre d'usagers
		Développer un système d'information pour la réadaptation, en termes de production et de nombre
	Politique/ plan	Inclure la réadaptation physique et fonctionnelle dans le système de santé
		Continuer de plaider pour faire connaître la réadaptation physique et fonctionnelle auprès des ministères et gouvernement
		Élaborer des plans d'action au niveau politique
		Révision des plans d'action en fonction des besoins les plus urgents
		Plaidoyer auprès des autorités en faveur de la réadaptation physique et fonctionnelle
		Plaidoyer auprès du gouvernement pour qu'il prenne des responsabilités
		Les acteurs de régulation pour les professionnels doivent être mis en place
		Travailler avec les acteurs afin d'élaborer des documents stratégiques qui prennent en compte l'approche sectorielle en réadaptation physique et fonctionnelle
		Augmenter les connaissances et renforcer le leadership au niveau des ministères
		Analyse de la situation du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle pour le développement futur de stratégie sectorielle pratique
		Sensibilisation des acteurs étatiques sur les instruments qui décrivent les droits des personnes handicapées, tels que les documents de l'OMS par exemple
		Adopter une approche sectorielle : P&O dans les structures hospitalières, réadaptation / intervention précoce dans les systèmes de soins de santé primaires
	Services	La réadaptation physique et fonctionnelle est mise en œuvre pour divers services communautaires
	Coordination	Améliorer la coordination entre les OPH et le gouvernement
		Promouvoir et améliorer l'implication des usagers/OPH
	RH	Renforcer et formaliser le DPC
	Finances	Garantir le soutien financier dans le budget national pour la réadaptation physique et fonctionnelle
International	Finances	Allouer davantage de fonds aux études sur la réadaptation physique et fonctionnelle dans les pays
	Coordination	Coordination de qualité
		Créer des canaux de communication entre les membres

Tableau n° 7 : Recommandations à long terme

Niveau	Domaine	Recommandations
Centre	Qualité	Suivre la mise en œuvre du SMR puis l'évaluer régulièrement
	Services	Développer systématiquement une approche centrée sur l'usager
	RH/DPC	Renforcer les capacités de la communauté et des équipes de réadaptation physique et fonctionnelle
Centre/ Secteur	RH/DPC	Former les ressources humaines
		Garantir des formations spécifiques
Secteur	Politique/ plan	Inclure la réadaptation physique et fonctionnelle dans les systèmes nationaux
		S'assurer que la réadaptation physique et fonctionnelle est reconnue par le gouvernement
		Le gouvernement devrait être attentif aux services de réadaptation physique et fonctionnelle en termes d'élaboration des politiques, de budget et de développement des RH afin de considérer les services de réadaptation physique et fonctionnelle comme une priorité en termes de prévention et de traitement des maladies
		Développer les politiques nationales de réadaptation physique et fonctionnelle et leur décret d'application
		Développer des plans nationaux de réadaptation physique et fonctionnelle
		Développer une politique nationale et un plan pour la réadaptation physique et fonctionnelle
		Poursuivre le lobbying auprès des décideurs : autorités, bailleurs, etc. pour une reconnaissance des besoins des professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle en lien avec les problématiques internationales de santé publique
		Renforcer la capacité du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle
		Tous les acteurs de la réadaptation physique et fonctionnelle doivent s'inscrire dans la mise en œuvre des plans et des documents stratégiques
		Inclure la réadaptation physique et fonctionnelle dans les systèmes de santé publics et privés
		Prévoir les besoins futurs des personnes handicapées afin d'améliorer leur situation

	Coordination	Promouvoir l'implication des associations et de l'État dans le secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle
		Inclure les usagers dans tous les processus de prise de décision liés à la réadaptation physique et fonctionnelle
		Créer des synergies entre les acteurs (OPH), les prestataires de services et le niveau de contrôle
		Impliquer les usagers/OPH dans toutes les étapes du développement
	Couverture	Élargir les services à tous les niveaux
		Élargir les services
	Prestation de services	Améliorer l'accessibilité aux services
		Utiliser un système bien défini quant à la qualité des services de réadaptation physique et fonctionnelle afin d'en assurer une évaluation objective
	Qualité	Améliorer la qualité des services à travers l'appui au gouvernement
		Créer un comité de capitalisation sur les outils et les standards de contrôle qualité
		Développer des systèmes de suivi et de régulation
		Améliorer les systèmes de management au moyen du contrôle qualité et d'indicateurs approuvés
	Formation initiale	Créer des écoles de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de P&O, et d'orthophonistes
		Former les professionnels de la réadaptation physique et fonctionnelle
		Mettre en œuvre et renforcer les formations diplômantes (kinésithérapie, ergothérapie, P&O aux niveaux 1 et 2, orthophonie) en fonction des besoins existants
	RH/DPC	Renforcer les capacités
		Augmenter le nombre de professionnels qualifiés dans toutes les disciplines
		Développer les RH en partenariat avec le gouvernement
		Appuyer le renforcement des capacités des RH par la formation
		Construire le leadership
International	RH/DPC	Continuer à renforcer le lobby auprès de la Confédération mondiale des kinésithérapeutes (WCPT) et de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) afin de clarifier les curriculums de formation (comme ISPO) en prenant en compte les niveaux de base (assistants)

3.2 Recommandations générales et conclusion

Le chapitre sur la réadaptation du Rapport mondial met en exergue les six domaines de recommandations clés suivants afin de réduire les obstacles à la réadaptation physique et fonctionnelle au niveau international : politiques et mécanismes de réglementation ; financement ; ressources humaines ; prestation des services ; technologie ; recherche et pratique reposant sur des données factuelles[24]. Les recommandations issues du séminaire, étayées par le chapitre sur la réadaptation du Rapport mondial sur le handicap, indiquent clairement que les participants sont aujourd'hui en préparation de la réponse aux besoins.

À la suite du séminaire, les participants ont été encouragés à intégrer les recommandations dans leurs contextes et aussi à participer à un séminaire intitulé Défis de la pérennité du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle, sept mois plus tard, axé sur l'analyse pluridimensionnelle et holistique par niveau du secteur de la réadaptation[25]. Le pilotage du SMR est continu et un groupe de travail se réunit régulièrement pour revoir et perfectionner les outils et les processus.

Si des défis contextuels existent concernant une offre de réadaptation internationale de qualité, des progrès considérables peuvent être obtenus au moyen de coordination, de collaboration continue et d'un soutien renforcé pour « permettre à tous ceux qui en ont besoin d'accéder à des interventions de réadaptation qui soient appropriées, en temps opportun, d'un coût abordable et de grande qualité, conformément à la Convention relative au droit des personnes handicapées »[26].

Annexes

Glossaire

Développement professionnel continu (DPC) : Le développement professionnel continu est le moyen par lequel les professionnels entretiennent les connaissances et les compétences liées à leur vie professionnelle. Le développement professionnel continu est moins formel que la formation professionnelle continue, mais il peut aussi comprendre des éléments formels. Par exemple, un plan de DPC peut comprendre de la formation professionnelle continue comme un diplôme supérieur ou un certificat. Dans les secteurs de la santé et de la réadaptation, il est nécessaire d'avoir une main-d'œuvre qualifiée et dont les connaissances sont à jour.

Formation professionnelle continue : Formation formelle, telle qu'un diplôme supérieur ou un certificat, qui fait partie intégrante d'un développement professionnel continu.

Programme : Activité permanente.

Projet : Opération qui est limitée dans le temps. Le projet décrit un ensemble d'actions menées dans un laps de temps, puis qui ne sont pas reconduites.

Réadaptation internationale : Réadaptation globale (voir définition ci-dessous) au niveau international mise en œuvre dans une grande diversité de contextes à revenus faibles, intermédiaires et élevés.

Réadaptation physique et fonctionelle : Ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement[27].

Secteur de la réadaptation : Réseau de personnes et d'institutions dont les actions coordonnées permettent d'offrir des interventions de réadaptation physique et fonctionnelle positives et pérennes au sein d'une population. Le réseau peut englober des personnes handicapées, des organisations de personnes handicapées (OPH), des prestataires de services, des autorités ainsi que des organisations internationales.

Acronymes et abréviations

CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies
DPC	Développement professionnel continu
FATO	Fédération africaine des techniciens orthoprothésistes
HI	Handicap International
ISPO	Société internationale de prothèse et d'orthèse
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPH	Organisation de personnes handicapées
P&O	L'orthoprothèse ou les orthoprothésistes
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la santé
SMR	Système de management de la réadaptation
WCPT	Confédération mondiale des kinésithérapeutes
WFOT	Fédération mondiale des ergothérapeutes

Bibliographie

Général

- Ad-hoc committee on a comprehensive and integral international convention on protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities (2006). **Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif**, New York : Nations Unies. http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413

- Fougeyrollas Patrick et al. (1999). **Classification québécoise : Processus de production du handicap,** Québec : Réseau International sur le Processus de production du handicap. http://www.disabilitymonitor-see.org/documents/ADVOCACY/Disability%20Creation%20Process/Disability%20Creation%20Process.doc

- Organisation mondiale de la Santé (2001). **Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF),** Genève : OMS. http://www.who.int/classifications/icf/en/

- Organisation mondiale de la Santé. **Incapacités et réadaptation,** Genève : OMS [Mis à jour régulièrement]. http://www.who.int/disabilities/fr/index.html

- Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). **Rapport mondial sur le handicap**, Genève : OMS. http://www.unicef.fr/userfiles/rapport_mondial_handicap_oms_2012.pdf

- Renard Patrice ; Urseau Isabelle (2013). **La réadaptation physique et fonctionnelle**, Lyon : Handicap International. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC10Readaptation.pdf

- World Health Organization (2013). **A66/12 Disability,** Geneva: WHO. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_12-en.pdf

Développement et analyse de politiques

- Amin M. et al. (2011). **EquiFrame: A Framework for Analysis of the Inclusion of Human Rights and Vulnerable Groups in Health Policies,** in Health and Human Rights Journal, 13(2): pp. 1–20 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22957368

- Trinity College et al., APODD – **African Policy on Disability and Development** [mis à jour régulièrement]. http://global-health.tcd.ie/research/projects/APODD.php

- World Health Organization, **National Policy Documents,** Geneva: WHO [mis à jour régulièrement]. http://www.who.int/disabilities/policies/documents/en/index.html

Mécanismes de financement

- Gerbier Baptiste ; Botokro Rozenn (2009). **Comment améliorer l'accès aux soins de réadaptation pour les plus pauvres ? Évaluation de 3 Fonds d'Equité mis en œuvre par Handicap International au Rwanda, Mali et Togo,** Lyon : Handicap International. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/3FondsEquite-FrEng_01.pdf

- Mcintyre Di ; Mills Anne, Eds (2012). **Research to Support Universal Coverage Reforms in Africa: The SHIELD Project,** in Health Policy Plan, 27(Suppl. 1): 1–112. http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/suppl_1.toc

Développement des ressources humaines

- **Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes** [mis à jour régulièrement]. http://www.fatoafrique.org/site/?lang=fr

- Handicap International. **Rehab Monitor** [mis à jour régulièrement]. http://www.rehabmonitor.org/

- **International Society for Prosthetics and Orthotics** [mis à jour régulièrement]. http://www.ispoint.org/

- Organisation mondiale de la Santé (2009). **Guide pour la formation du personnel des services de orothèses et d'orthèses dans les pays en développement,** Genève : OMS. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9782909064161_fre.pdf

- Organisation mondiale de la Santé, **Alliance mondiale pour les personnels de santé** [mis à jour régulièrement]. http://www.who.int/workforcealliance/fr/index.html

- **World Confederation for Physical Therapy** [mis à jour régulièrement]. http://www.wcpt.org/

- **World Federation of Occupational Therapists** [mis à jour régulièrement]. http://www.wfot.org/

- World Health Organization (2010). **Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention: Global Policy Recommendations,** Geneva: WHO. http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/

Élargissement de la prestation de services

- Chiriacescu Diana ; De Backer Maryvonne ; Botokro Rozenn (2011). **L'accès aux services pour les personnes handicapées,** Lyon : Handicap International. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/HI_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf

- Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2010). **Guide de réadaptation à base communautaire (RBC),** Genève : OMS. http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/index.html

- Werner David (2009). **Disabled Village Children: A Guide for Community Health Workers, Rehabilitation Workers, and Families,** Berkeley, USA: Hesperian Foundation http://hesperian.org/books-and-resources/

- Werner David (1991). **L'enfant handicapé au village : Guide à l'usage des agents de santé, des agents de réadaptation et des familles.** Lyon : Handicap International. http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/EnfantHandicapeVillage/Enfant_handicape_village.htm

Accès aux technologies d'assistance

- Armstrong William et al. (2008). **Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus,** Genève : OMS. http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines_fr_finalforweb.pdf

- Garton Francesca (2012). **Les services d'aides roulantes à la mobilité et leurs dispositifs d'installation et de positionnement,** Lyon : Handicap International. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC09AidesRoulantes.pdf

- Organisation mondiale de la Santé et al. (2012). **Document de synthèse conjoint sur la fourniture de dispositifs d'aide à la mobilité dans les régions à faibles revenus : Un pas vers la mise en** œuvre **de la Convention relative aux droits des personnes handicapées en matière de mobilité personnelle,** Genève : OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75858/1/9789242502886_fre.pdf

- Organisation mondiale de la Santé, **Aides techniques aux personnes handicapées,** Genève : OMS [mis à jour régulièrement]. http://www.who.int/disabilities/technology/fr/index.html

- World Health Organization, **Wheelchair Service Training Package** [Regularly updated]. http://www.who.int/disabilities/technology/wheelchairpackage/en/index.html

Recherche et pratiques reposant sur des données probantes

- Mitra, Sophie; Posarac, Aleksandra; Vick, Brandon (April 2011). **Disability and Poverty in Developing Countries: A Snapshot from the World Health Survey,** Washington, DC: The World Bank. http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Disability-DP/1109.pdf

- National Center for Health Statistics, **Washington Group on Disability Statistics,** Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm

- UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP) Social Development Division (October 2012). **Disability at a Glance 2012: Strengthening the Evidence Base in Asia and the Pacific,** 4th ed., Bangkok: UNESCAP. http://www.unescap.org/sdd/publications/DG2012/SDD-Disability-Glance-2012.pdf

Pérennité

- Blanchet Karl ; Boggs Dorothy (2012). **Le processus d'analyse de la pérennité : l'exemple de la réadaptation fonctionnelle,** Lyon : Handicap International. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM08Perennite.pdf

- Handicap International; London School of Hygiene and Tropical Medicine, **Sustaining Ability** [mis à jour régulièrement]. http://www.sustainingability.org/

- Hazard Damien; Axelsson Charlotte (2012). **Processes and Approaches to Enable Sustainable Access to Quality Rehabilitation Services: Comparative study of Handicap International Programmes in Albania, Kosovo and Mozambique, October 2011–May 2012,** Lyon: Handicap International. http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrt-docs/SustainableAccessToQualityRehabilitationSdRs07.pdf

Programme du séminaire

Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international

Ébauche des réformes futures sur la base des expériences et innovations - Ougadougou, Burkina Faso, 11-15 juin 2012

Horaires	Lundi 11 juin	Mardi 12 juin		Mercredi 13 juin		Jeudi 14 juin	Vendredi 15 juin	
	Vers une réadaptation de qualité dans le contexte de développement : état des lieux, réponses actuelles et futures	Situation actuelle et réformes possibles		Un système de management pour une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international		Ressources humaines pour une réadaptation de qualité	Synthèse et recommandations	
09:00-09:15				Informations sur l'organisation, résumé des résultats des jours précédents				
09:15-09:30	Discours de bienvenue : - Monsieur l'Administrateur programme de HI Burkina Faso - Monsieur l'Ambassadeur du Luxembourg	Discours de bienvenue : - Monsieur le Ministre de la Santé du Burkina Faso		G1 Exploration guidée du Système en réadaptation - éléments cliniques (Laurence, Isabelle)	G2 Exploration guidée du Système en réadaptation - éléments managériaux (Vivath, Patrick)	Ressources humaines pour une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international - réformes et innovations en Ressources Humaines en Santé, Développement Professionnel Continu et formation (Wes)	Restitution & positionnement du groupe de travail pour le Développement Professionnel Continu (Wes)	
09:30-10:00		Groupe des praticiens et autres professionnels (G1) : Identification des similitudes, différences, bonnes pratiques et évolutions récentes (Patrick, Graziella)	Groupe des managers/administrateurs (G2) : Identification des similitudes, différences, bonnes pratiques et évolutions récentes (Isabelle, Pierre)					
10:00-10:15	Informations sur la sécurité à Ouagadougou (Massamba, HI Burkina)							
10:15-10:30	Photo officielle du groupe							
10:30-11:00	Pause Café	Pause Café		Pause Café		Pause Café	Pause Café	
11:00-11:15	Présentation du programme AC3 et des participants (Pierre Gallien)	Restitutions des groupes de travail et questions/débat : Similitudes et différences générales dans le management de la réadaptation dans le contexte de développement international (Wes)		Symposium : Pratiques actuelles au regard des expériences et des besoins plus globaux (Wes)		Alliances pour le renforcement de la réadaptation dans le contexte de développement international (Masse Niang)	Évaluation individuelle (Pierre)	
11:15-11:30	Rapport mondial sur le handicap présenté par Monsieur le Représentant de l'OMS Burkina					Plénière : Appui, accompagnement et planification à long terme (Isabelle)	G1 Synthèse des résultats du séminaire - éléments cliniques (Pierre)	G2 Synthèse des résultats du séminaire - éléments managériaux (Pierre)
11:30-12:00	Présentation : Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international (Wesley Pryor)							
12:00-12:30								

<table>
<tr><td>12:30-14:00</td><td>Pause déjeuner</td><td>Pause déjeuner</td><td>Pause déjeuner</td><td colspan="2">Pause déjeuner</td><td>Pause déjeuner</td></tr>
<tr><td>14:00-14:30</td><td rowspan="2">Exposition des posters des participants
- Prise de connaissance et échanges
(Pierre)</td><td rowspan="3">Réformer la réadaptation au sein du réseau sanitaire
(Rowan English)</td><td rowspan="8">Visite Terrain</td><td colspan="2">Restitution groupes de travail : leçons apprises, quelles suites ?
(Wes)</td><td>Évaluation collective
(Pierre)</td></tr>
<tr><td>14:30-15:00</td><td>G1
Partage des visions sur le Développement Professionnel Continu au regard de la qualité - Clinique
(Wes - animateurs TBC)</td><td>G2
Partage des visions sur le Développement Professionnel Continu au regard de la qualité - Management
(Wes - animateurs TBC)</td><td rowspan="3">Ébauche et consensus des recommendations du séminaire
(Pierre, Wes, Isabelle)</td></tr>
<tr><td>15:00-15:30</td><td rowspan="3">- Présentation des pratiques actuelles pour les praticiens et autres professionnels dans un pays participant (poster sélectionné)
- Présentation des pratiques actuelles pour les managers/administrateurs dans un pays participant (poster sélectionné)
- Questions / Réponses
(Pierre)</td></tr>
<tr><td>15:30-15:45</td><td>Pause Café</td><td colspan="2" rowspan="6">Programme culturel</td><td>Session de clôture
(avec Directeur HI Burkina -TBC-)</td></tr>
<tr><td>15:45-16:00</td><td>Pause Café</td><td rowspan="4">Cas pratiques : Système de management en réadaptation de HI
(Wes)</td><td rowspan="4">Évaluation interne
(Équipe HI uniquement)</td></tr>
<tr><td>16:00-16:30</td><td rowspan="2">Plénière :
Partage et priorisation des objectifs pour réformer le management en réadaptation :
- Attendus des participants
(Pierre)
- Objectifs du séminaire
(Wes)</td></tr>
<tr><td>17:00-17:15</td></tr>
<tr><td>17:15-17:30</td><td>CONCLUSIONS DU JOUR</td><td>CONCLUSIONS DU JOUR</td><td></td></tr>
</table>

Participants au séminaire

	PAYS	STATUT	NOM		POSTE
1	Burundi	Terrain HI	M.	TYVAERT Christoph	Conseiller P&O
2	Burundi	Partenaire	M.	MBIGANE Nestor	Directeur du Centre National d'Appareillage et de Rééducation (CNAR) de Gitega
3	Cambodge	Terrain HI	M.	CHOU Vivath	Chef de projet et Coordinateur technique de santé
4	Cambodge	Partenaire	M.	LAO Veng	Directeur du Département de la protection des personnes en situation de handicap, ministère des Affaires sociales, des vétérans et de la réadaptation des jeunes
5	Cap Vert	Partenaire	Mme	VERA-CRUZ MORAIS Maria Tereza	Responsable du Service de protection et de promotion de la santé, Ministère de la Santé
6	Cap Vert	Partenaire	Mme	CABRAL DOS SANTOS Maria Filomena	Kinésithérapeuthe, Hôpital d'Agostinho Neto
7	Chine	Terrain HI	M.	DEMEY Didier	Référent technique pour la réadaptation au Tibet
8	RDC	Terrain HI	Mme	BWENSA NTALANI Brigitte	Chef de projet réadaptation Kinshasa
9	RDC	Partenaire	Mme	MABENZA YUNGI Philippine	Kinésithérapeute, chef de l'unité de psychomotricité du département de médecine physique des CUK Kinshasa
10	Inde	Terrain HI	M.	SINGH Vivek Kumar	Coordinateur de projet technique régional de réadaptation
11	Indonésie	Terrain HI	Dr	BAHARI Eni Sutrisni (Mrs)	Chef de projet de rééducation fonctionnelle et de réadaptation de HI Indonésie
12	Indonésie	Partenaire	Dr	YANI Muhammad	Chef du Bureau de la santé de la province d'Aceh
13	Irak	Partenaire	Mme	AZIZ Naska	Responsable de la réadaptation adjointe au Centre universitaire de réadaptation de l'enfant (TCRC) à Sulayamaniyah
14	Irak	Partenaire	Dr	JAF Chenar Omer Ali	Responsable de la réadaptation, KORD
15	Irak	Partenaire	M.	MUHAMMAD Rebwar Zainadin	Directeur général-KORD
16	Mali	Terrain HI	M.	DIASSANA Victor	Chef de projet Détection Précoce
17	Mali	Partenaire	M.	MAIGA Soumaila	Directeur Général Adjoint Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali
18	Népal	Terrain HI	Mme	DEGREEF Laurence	Coordinateur technique de réadaptation

19	Népal	Partenaire	M.	POKHAREL Kapil Prasad	Coordinateur de programme, PRERANA
20	Palestine	Terrain HI	M.	AL ZEQ Yahia	Référent technique à Ramallah
21	Sierra Léone et Liberia	Terrain HI	Mme	LEE Sara Joanne	Coordinateur de santé, de rééducation fonctionnelle et de réadaptation
22	Togo	Terrain HI	M.	PATSOH-AMOUZOU Yao Somanin Bruno	Chef de projet ENAM
23	Viêtnam	Terrain HI	Mme	NGUYEN THI Thao	Coordinatrice de projet assistante, Projet SCI
24	Viêtnam	Partenaire	M.	NGUYEN LUONG Bau	Directeur du Centre de réadaptation provincial de Bac Giang – Unité SCI, ministère de la Santé
25	Australie	Expert	M.	ENGLISH Rowan	Chef, Centre national de prothèse et d'orthèse, Université La Trobe, Australie
26	Belgique	Siège HI	Mme	LIPPOLIS Graziella	Référent Technique Réadaptation, RBC ALAC – Responsable secteur MTQ
27	Burkina Faso	Expert	M.	NIANG Masse	Président Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes
28	France	Siège HI	Mme	URSEAU Isabelle	Responsable de l'Unité de réadaptation
29	France	Siège HI	M.	GALLIEN Pierre	Responsable du Pôle Management des connaissances
30	France	Siège HI	Mme	MARIE Sophie	Chargé de mission de réadaptation
31	Luxembourg	Siège HI	M.	LE FOLCALVEZ Patrick	Référent technique de réadaptation
32	Somaliland	Expert	M.	JAMA HASSAN Ali	Directeur du Disability Action Network (Somaliland) et du Centre de réadaptation d'Hargeisa
33	Thailande	Terrain HI	M.	PRYOR Wesley	Référent technique de réadaptation régional
34	Togo	Terrain HI	Mme	BOTOKRO Rozenn	Référent technique de réadaptation régional
35	Burkina Faso	Autre	M.	TIENDREBEOGO, Ferdinand	Directeur des Hôpitaux Publics
36	Burkina Faso	Terrain HI	M.	DIOP Massamba	Administrateur HI Burkina Faso/Niger
37	Burkina Faso	Terrain HI	M.	CONOMBO Armand	Chef de projet
38	Burkina Faso	Terrain HI	M.	BAGNOA Clément	Coordinateur de santé, de rééducation fonctionnelle et de réadaptation
39	Burkina Faso	Terrain HI	M.	OUEDRAOGO Adama	Chef de projet
40	Burkina Faso	Autre	M.	TERNES Georges	Chef de bureau régional du MAE
41	Burkina Faso	Autre	M.	ZONGNABA Barnabé	Agent Direction du sous-secteur Sanitaire Privé
42	Burkina Faso	Autre	M.	TIENDREBEOGO Ferdinand	Directeur Hôpitaux publics
43	Burkina Faso	Autre	Dr	ZAN Abdoulaye	Director CNAOB
44	Burkina Faso	Autre	Mme	SANDWIDI Adelaide	Responsable de centre de rééducation fonctionnelle Paul VI
45	Burkina Faso	Autre	Dr	OUANGO Jean-Gabriel	Conseiller régional de l'OMS
46	Burkina Faso	Autre	Mme	BALTUSSEN Maria Marjolein	Coordinateur du développement de l'enfant inclusif, CBM (Ghana)

Notes

1. Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). Rapport mondial sur le handicap, Genève : OMS.

2. Ibid.

3. Ad-hoc committee on a comprehensive and integral international convention on protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, New York : Nations Unies.

4. Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). Rapport mondial sur le handicap, Genève : OMS, p. 107.

5. Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). Rapport mondial sur le handicap, Genève : OMS, p. 108.

6. Ibid. p. 117–140.

7. URSEAU, I. ; RENARD, P. (2013). La réadaptation physique et fonctionnelle, Lyon : Handicap International.

8. Ibid.

9. SKILL web : http://www.hiproweb.org

10. Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) : http://www.who.int/classifications/icf/en/

11. Site internet de la Fédération africaine des techniciens orthoprothésites : http://www.fatoafrique.org/site

12. Burden of musculoskeletal diseases in the United States : http://www.boneandjointburden.org

13. Gupta, N.; Castillo-Laborde, C.; Landry, M.D. (2011). Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources, in BMC Health Services Research 11: 276.

14. Ibid.

15. Riley, P.L. et al. (2012) Information systems on human resources for health: a global review. Human Resources for Health 10: 7.

16. Cartmill, L. et al. (2012) Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions. Human Resources for Health 10: 2.

17. Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). Rapport mondial sur le handicap, Chapitre 4 : Réadaptation, Genève : OMS, p. 108.

18. Le développement professionnel continu est le moyen par lequel les professionnels entretiennent leurs connaissances et leurs compétences liées à leur vie professionnelle. Le développement professionnel continu est moins formel que la formation professionnelle continue, mais il peut aussi comprendre des éléments formels. Par exemple, un développement professionnel continu peut comprendre une formation professionnelle continue telle qu'un diplôme ou une certification de haut niveau. Dans les secteurs de la santé et de la réadaptation physique et fonctionnelle, il est nécessaire d'avoir une main d'œuvre qualifiée et dont les connaissances sont à jour.

19. Rehabilitation Monitor website : http://www.rehabmonitor.org/index.php

↪ 20. Ad-hoc committee on a comprehensive and integral international convention on protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities (2006). Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, New York : Nations Unies.

↪ 21. OMS et al. (2010). Réadaptation à base communautaire : Guide de RBC, Genève : OMS.

↪ 22. Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international : http://www.hiseminars.org/fr/seminar-quality-management-of-global-rehabilitation-service/index.html

↪ 23. Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international : http://www.hiseminars.org/fr/seminar-quality-management-of-global-rehabilitation-service/index.html

↪ 24. Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). Rapport mondial sur le handicap, Genève : OMS, p. 138–140.

↪ 25. Défis de la pérennité du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle : http://www.hiseminars.org/fr/seminar-on-sustainability-of-physical-rehabilitation-sector/index.html

↪ 26. Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). Rapport mondial sur le handicap, Genève : OMS, p. 138.

↪ 27. Organisation mondiale de la Santé ; Banque mondiale (2011). Rapport mondial sur le handicap, Genève : OMS, p. 108.

Crédit photographique
Couverture : © Brice Blondel / Handicap International

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

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

Achevé d'imprimer en mars 2014
Dépôt légal : mars 2014

Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international

---

Ce rapport présente les comptes rendus et les discussions qui se sont tenues pendant le séminaire de Handicap International intitulé « Une réadaptation de qualité dans le contexte de développement international : Ebauche des réformes futures sur la base des expériences et innovations ». Le rapport est fidèle au déroulement de la semaine de séminaire ; il met en exergue les informations, les contributions, les discussions et les recommandations essentielles formulées par les participants.

Au cours de cette semaine de séminaire, les participants en provenance de 12 pays ont partagé les interventions de réadaptation physique et fonctionnelle positives et difficiles, ont analysé la qualité des services, se sont concentrés sur la gestion du personnel et son perfectionnement. À partir des enseignements tirés des expériences de réadaptation physique et fonctionnelle, les participants ont ensuite formulé des recommandations à court et long termes, à diffuser largement afin de contribuer à l'amélioration d'une réadaptation internationale de qualité.

Globalement, le rapport rend compte des présentations et des informations assimilées pendant le séminaire qui peuvent être utilisées pour contribuer à l'émergence de données probantes destinées à un management de qualité des services de réadaptation internationale. Le système de management de la réadaptation y est nommément cité, alors qu'à l'époque du séminaire, il n'était qu'en phase pilote avec des programmes sélectionnés. Cette méthodologie est disponible en interne pour le personnel et les partenaires de Handicap International tandis que les résultats des programmes pilotes du système de management de la réadaptation ont été présentés pendant le séminaire. La méthodologie du système de management de la réadaptation continuera à être améliorée et perfectionnée, au moyen de mises à jour disponibles auprès de Handicap International.

HANDICAP INTERNATIONAL
14, avenue Berthelot
69361 LYON Cedex 07

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

AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère des Affaires étrangères
Direction de la Coopération
HANDICAP INTERNATIONAL