



HAL
open science

L'adaptation de la prise en charge en physiothérapie dans les pays en développement

Titouan Py-Cado

► **To cite this version:**

Titouan Py-Cado. L'adaptation de la prise en charge en physiothérapie dans les pays en développement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02272787

HAL Id: dumas-02272787

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02272787>

Submitted on 28 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO KINÉSITHÉRAPIE

22 avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

**L'adaptation de la prise en charge en
physiothérapie dans les pays en
développement**

PY-CADO Titouan

Sous la direction de Vincent Creach

En vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

Promotion 2015-2019

Juin 2019

Remerciements

A tous les formateurs de l'IFMK de Brest , qui m'ont accompagné dans cette formation et qui m'ont permis de me développer en tant que soignant et en tant que personne.

A Jean-Philippe, Séverine, Arnaud, Jérôme, Julie, Sébastien, Amélie, Brice, Émilien, Fabien, Julien, Yann, Florence, Manon, Laureanne, Lucie, Alexandra, Carole, Arnaud, Alexandre, Cathy et toute l'équipe de Kerpape (navré si j'en ai oublié) pour leur soutien, leur aide ou tout simplement leur présence durant ces trois mois de clinicat. Pour rester bien factuel, vous étiez simplement géniaux.

A la Puissance Kerpapienne pour avoir supporté mes excès et mes blagues encore trop peu reconnues à leur juste valeur. Mention spéciale pour Amandine qui m'a permis de me rassurer en continu sur mon avancée. Double mention sur la ponction avec une aiguille « grande comme ça ». Et triple mention pour Hugo qui, lui, a supporté sans broncher mes vannes vaseuses de fin de stage au self, au bar ET au service.

A l'Organisation Kinésithérapeutes du Monde, et particulièrement à Alice, pour leur implication dans le développement de ce mémoire, et pour m'avoir encore plus donné l'envie de travailler dans le futur avec eux

A Gaëlle et Véronique pour leur participation, leur lecture et leur relecture jusqu'au dernier moment.

A Romain. Non pas pour ce mémoire, mais plutôt parce que ce stage chez toi représente une grande partie de ce que je suis aujourd'hui en tant que thérapeute, mais également de ce que je veux devenir plus tard.

Aux 32 nuances de Babz (oui je compte ceux qu'on a perdu). Merci d'avoir rendu ces quatre années aussi belles qu'on puisse l'imaginer.

Aux Avengers pour m'avoir prouvé un nombre incalculable de fois qu'on peut être considéré en tant que tel sans rien derrière.

A Guillaume et Éléonore, mes logeurs des derniers instants

A Quentin, le turtleduck king. Pour son aide très qualitative !

A tous mes amis, parce qu'une belle histoire ne se fait pas sans de bons protagonistes

A ma famille: c'est en croyant en eux que j'ai appris à croire en moi.

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Cadre Conceptuel.....	3
2.1	Les pays en développement.....	3
3	Problématique.....	12
4	Méthodologie.....	13
4.1	Le choix de l'entretien.....	13
4.2	Le choix des personnes.....	14
4.3	La collecte de données.....	15
5	Résultats.....	17
5.1	Population étudiée :.....	17
5.2	Action en tant que physiothérapeute dans ces pays :.....	17
5.3	La pratique en pays en développement.....	19
6	Discussion.....	55
6.1	A propos de la méthode.....	55
6.2	Les obstacles : internes et externes.....	57
6.3	La préparation, une aide à la prise en charge.....	61
6.4	Les adaptations.....	62
6.5	Recherches futures.....	66
7	Conclusion.....	68

Table des abréviations

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

HI : Handicap International / Humanité & Inclusion

IDH : Indice de Développement Humain

KDM : Kinésithérapeutes / Kinés Du Monde

OMS (WHO) : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PED : Pays En Développement

PMA : Pays les Moins Avancés

PVD : Pays en Voie de Développement

UHC : Universal Health Coverage

1 Introduction

Aujourd'hui, bien que l'espérance de vie mondiale moyenne ait augmenté, ainsi que l'espérance de vie en bonne santé (1), de grandes inégalités en terme d'actions de santé publique subsistent, notamment entre les pays dits « développés » et ceux « en développement ». Ces inégalités amènent les individus ayant les conditions les plus défavorables à avoir plus de risques de développer une pathologie et à diminuer les possibilités d'accès au soin (1).

Ces situations défavorables font qu'aujourd'hui les personnes vivant dans les pays en développement vont présenter plus facilement des handicaps et surtout ne pas pouvoir s'en soustraire à cause d'actes de santé non présents ou non adaptés.

Dans ces cas là , le milieu et son rapport avec la personne vont présenter ainsi des obstacles à la promotion de sa santé et à son intégration dans la communauté.

Les actes amenant à la santé et à sa promotion dans le temps devront ainsi s'adapter à la fois à la pathologie en elle-même mais également à l'environnement ainsi qu'à la personne, l'environnement où la personne se développant en tant qu'humain l'affectant également dans sa manière d'être. C'est pourquoi le professionnel de santé devra avoir une connaissance de chacun de ces différents facteurs afin d'agir avec la personne et son environnement de la manière la plus adaptée possible

En prenant l'exemple de la physiothérapie pour ce mémoire, nous chercherons à déterminer quels seraient les obstacles à la prise en charge des patients dans les pays en développement par un physiothérapeute venant d'un pays « développé », dans ce cas : la France. Quelles seraient les préparations et adaptations nécessaires pour ce dernier ayant travaillé jusque là dans un milieu ne présentant pas ou peu de contraintes au soin, afin qu'il puisse fournir l'acte de soin adapté à une personne vivant dans un milieu présentant des obstacles ?

Ce mémoire a donc, par l'intermédiaire d'une enquête qualitative, pour objectif de déterminer quelles peuvent être ces contraintes et quelles adaptations et préparations peuvent être mises en place par le thérapeute afin construire un soin plus adapté à la personne et son environnement ?

Hypothèses de recherche :

- Les contraintes aux soins peuvent être causées directement par le milieu, par l'absence de moyens disponibles mais également par son influence sur la pensée humaine (culture, absence d'éducation...)
- Afin d'être le plus apte à réaliser un soin, le thérapeute devra s'informer au maximum auparavant sur les possibles contraintes imposées par le milieu ce qui nécessitera en premier lieu des recherches avec notamment l'utilisation d'internet mais surtout en réalisant un échange avec tous les acteurs possibles de ce milieu. Et ce surtout avec le patient, car bien qu'une culture puisse être plus représentée dans certains pays, chaque individu en aura une interprétation différente de par son vécu.

En première partie , ce mémoire décrira le cadre conceptuel lié à la santé en pays en développement. Cela passera ainsi par le détail de la couverture mondiale globale permettant ainsi de se rendre compte des personnes qui ont accès au soin, et de la relation entre cette couverture et le niveau de santé des pays. Puis on s'intéressera au niveau mondial du handicap en détaillant sa présence massive dans les pays en développement et quels peuvent être les obstacles présents à l'inclusion des personnes handicapées.

Puis dans une deuxième partie, après la description de la méthode employée, les résultats seront présentés de manière factuelle puis comparée à la littérature afin de valider nos hypothèses Et en fin, la discussion permettra de retracer le suivi de l'étude , d'analyser ainsi ses limites puis d'ouvrir vers de nouvelles pistes de recherches afin de compléter les connaissances sur le sujet.

2 Cadre Conceptuel

2.1 Les pays en développement

2.1.1 Définition

Un des termes les plus répandus dans l'esprit collectif pour définir les pays avec un faible niveau économique est encore le terme de Pays en Voie de Développement (PVD) (2) Toutefois actuellement il n'existe pas de réelle définition de ce terme, les représentations variant selon les points de vue : il y a encore quelques années de cela, les PVD étant encore définis par leur niveau économique. Ce n'est que récemment que la notion d'indice de développement humain (IDH) est entrée en compte, ne définissant ainsi plus le pays uniquement par sa croissance en tant que puissance économique, mais surtout par la qualité de vie moyenne de ses habitants. L'objectif était alors de prendre en compte l'ensemble de la population de façon qualitative et non pas uniquement de façons quantitative avec des données économiques, telles les revenus, la production ou les investissements, ces dernières pouvant n'être que peu représentatives de certaines disparités.

L'appellation même de « Pays en voie de développement » est une notion trop vaste, de moins en moins en moins utilisée, car variant selon les points de vue. Les termes de « Pays en développement » (PED) ou « Pays les moins avancés »(PMA) apparaissant de plus en plus.

- Pays en développement : Statut de transition entre les pays développés et les Pays les Moins Avancés, ces pays se démarquent par une mise en place d'un processus de développement sociale et économique. Caractérisés par un faible niveau de vie des habitants, un ratio décroissant du revenu national sur l'augmentation de la population et/ou par un développement industriel faible. L'IDH de ces pays est considéré entre 0,5 0,799. (3)
- Pays les moins avancés : Ce sont les pays définis par l'Organisation des Nations Unies (ONU) comme ayant les niveaux socio-économiques les plus bas de la planète. Ils sont présentés comme ceux ayant les revenus par habitant et le

capital humain (critère dans lequel intervient l'IDH) les plus faibles ainsi que la vulnérabilité économique la plus haute (4,5)

La littérature comprenant parfois le terme de PMA comme faisant partie des pays en développement, nous utiliserons dans ce mémoire le terme de pays en développement afin de comprendre dans un même terme les PMA, les PVD et les PED. Le terme de pays en développement étant encore le plus utilisé dans le contexte de la santé, et notamment dans les derniers rapports de l'OMS, afin de qualifier le pays dont les situations environnementales, économiques et sociales peuvent être et sont un obstacle au soin, à la santé et à la participation. (1)

Toutefois le terme de pays en développement tend lui aussi de plus en plus à disparaître, pour être remplacé par le terme de « Pays du sud ». Le but étant de rassembler les pays par « zones géographiques », le terme de PED se déterminant encore trop par le revenu du pays en premier lieu, sans prendre en compte des inégalités possibles dans la pauvreté de la population. Cette notion d'inégalités sera donc également à prendre en compte dans ce mémoire.

2.1.2 La santé dans les pays en développement

2.1.2.1 Définition de la santé

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (6)

Par cette définition, on peut comprendre que la santé n'est pas une donnée quantifiable, mais bien une notion personnelle définie en partie par son état physique (fonctions organiques et structures anatomiques) mais également par les capacités et la participation de la personne, en prenant donc aussi en compte l'environnement de la personne ainsi que ses facteurs personnels. Comme le décrit la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), la personne, en santé, ne doit pas être considérée uniquement de manière physique, mais également de façon psychologique et sociale. (7)

On ne peut donc appeler une personne « saine » que lorsque cette dernière se considère elle-même en tant que telle. Elle quitte cet état lorsque son rapport à elle-même et par rapport à son environnement se trouve altéré. Ainsi la définition de santé se rapporterait plus à la capacité de la personne à participer à la vie de communauté (8)

2.1.2.2 L'état actuel de la santé dans les PED

2.1.2.2.1 L'accès aux soins

En 2017, la banque mondiale et l'organisation mondiale de la santé (OMS) ont créé une enquête dans le monde entier auprès des différentes populations afin d'objectiver leur état de santé (8). L'objectif était alors de déterminer le nombre de personnes ne bénéficiant pas d'accès aux soins dans le monde.

Cette enquête a alors fait ressortir plusieurs problématiques dans le thème de l'accès au soin dans le monde :

Les niveaux de couverture santé (ou effective des services) varient beaucoup entre les différents pays : Définis comme le pourcentage de la population ayant accès à des services permettant une amélioration de la santé (9), ces niveaux sont définis à partir de l'index de l'UHC (Universal Health Coverage) et démontrent de très fortes différences entre les pays au niveau de la promotion de la santé (prévention de la maladie, traitement, soins palliatifs, réhabilitation ...). L'échelle mesurant ce niveau se côtant sur 100 points indiquait une moyenne mondiale de 64 points avec des variations entre les régions allant du plus haut à 86 points (avec une moyenne de 77 en Europe, en Amérique du Nord et en Asie de l'Est) au plus bas avec l'Afrique Subsaharienne à une moyenne de 42 points. On ne retrouve pas dans cette classification spécifiquement le terme de pays en développement mais plutôt celui de pays à faible revenu (La corrélation entre un faible accès au soin et un faible revenu par habitant étant un des critères correspondant au terme pays en développement) avec lesquels l'index arrive au faible niveau de 41 points. (10)

Un haut score sur l'index de l'UHC est corrélé avec une haute espérance de vie : Il existe une corrélation importante entre l'index de l'UHC et l'espérance de vie, le taux

de mortalité chez les moins de cinq ans ainsi qu'avec l'IDH. Selon l'article, l'écart entre les deux valeurs de l'index les plus opposées (22 et 86) est marquée par une forte différence dans l'espérance de vie, dans le niveau d'éducation et dans le niveau de revenu moyen par habitant. Ceci permet de déduire que la plupart des pays à faible revenus possède les plus faibles espérances de vie moyenne ainsi que le pourcentage de la population ayant accès au soin le plus bas. (11)

Dans la population mondiale, pas moins de la moitié des personnes n'ont pas accès à une couverture totale permettant les pratiques de santé nécessaires : Le nombre de personnes n'ayant pas accès aux services de santé se situeraient approximativement autour de 3,5 milliards en 2015. (12)

De plus, le nombre de personnes ne bénéficiant pas des soins adaptés se révélerait sans doute encore plus importants si correctement mesurés. Les mesures actuelles ne rendant pas encore compte précisément de ce point, se dirigeant principalement sur les soins disponibles mais pas sur ceux réellement et correctement appliqués.(12)

En résumé, on sait que l'accès au soin est en croissance dans le monde entier, toutefois de grandes inégalités subsistent : là où une partie de l'humanité a accès à toutes sortes de richesses, de médicaments et de soins adaptés, une autre partie, concernant en grande partie la population des pays aux plus faibles ressources, continue de subir un faible accès aux soins essentiels. Le rapport montre que ce faible indice d'accès aux soins est corrélé en grande partie avec un faible revenu par habitant, niveau d'éducation et espérance de vie.

La définition des pays en développement que nous avons adopté pour ce mémoire, correspond donc à ces pays possédant un faible index de couverture de santé, ces derniers étant essentiellement des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Ces pays sont donc ceux ayant le moins d'accès possibles aux services de santé essentiels et seraient également les pays où les personnes ayant accès à des soins n'en recevraient pas nécessairement de façon adaptée . Le manque de prise en charge étant l'élément premier ayant amené les missions d'envoi de volontaires, tels que des physiothérapeutes. (13)

En complément, nous allons donc ainsi détailler jusqu'à quel point ces pays sont touchés par le handicap et si l'absence de couverture est la seule cause de ce dernier dans les pays en développement.

2.1.2.2.2 Le handicap dans les PED

Bien que la notion de handicap ait plus ou moins varié lors des différentes recherches, la plupart des pays se sont accordés pour la considérer comme un ensemble pouvant aller d'une faible incapacité fonctionnelle à une atteinte majeure de la participation d'une personne (1). Deux enquêtes avaient été alors réalisées : l'enquête sur la santé dans le monde (par l'OMS, 2002-2004) (14) et l'enquête sur la charge mondiale de morbidité (par l'OMS, 2004) (15). Les aspects différents des enquêtes ont amené à des résultats différents concernant le handicap dans le monde, avec respectivement 15,6 % de prévalence de handicap dans le monde pour l'enquête sur la santé dans le monde et 19,4 % pour la charge mondiale de morbidité pour les adultes de plus de 18 ans. En prenant en compte ces estimations, et en ajoutant en plus la population de moins de 18 ans, le nombre de personnes vivant avec un handicap, au jour de la sortie de ces enquêtes, serait de plus d'un milliard de personnes.

Ces chiffres déjà impressionnants lorsqu'on les compare aux estimations des années 70 (une estimation de 10 % concernant le nombre de personnes dans le monde avec un handicap (16)), ils le sont encore plus lorsque l'on se rend compte de la part de ce pourcentage se retrouvant dans les pays en développement. Sur à peu près un milliard de personnes handicapées dans le monde, près de 80 % se situeraient dans un PED (1).

On peut le voir avec les données énoncées précédemment, la pauvreté est une des causes du handicap : Dans certains cas une personne avec peu de moyens financiers aura un plus faible accès aux soins, ne pouvant se payer tous les services nécessaires. Cette absence de soin amènera la personne à être plus vulnérable à la maladie. La déficience alors non complètement prise en charge se manifesterà au fur et à mesure par une diminution de la personne à sa participation (vie sociale, travail...) et ainsi à son handicap.(1)

La pauvreté aura alors amené au handicap, mais inversement le handicap amènera aussi dans certains cas à la pauvreté. Le fait de ne pouvoir participer à toutes activités privera la personne de se développer dans le milieu social, humain mais également économique. La personne qui devra déjà de base dépenser plus d'argent qu'une personne dite « saine » pour ses soins, aura en plus des difficultés à réaliser l'action lui permettant de gagner de l'argent. La personne se retrouvera alors plus vulnérable à la pauvreté et le cercle vicieux handicap/pauvreté/sera entretenu, chaque item aggravant les autres de par leur croissance. Ce cercle négatif se traduisant notamment par le fait que le pourcentage de pauvreté est plus grand pour les personnes handicapées que pour les personnes dites « saines ». Le fait que le nombre de personnes handicapées soit plus grand dans les pays les plus pauvres peut alors être en partie expliqué, une personne ayant peu d'argent pouvant ne pas avoir les moyens de se payer ce qui serait nécessaire à son soin et à la réadaptation requise.

Plusieurs études recensées par l'OMS se sont intéressées à ce qui pouvait représenter des facteurs favorisant du handicap dans ces pays en développement. La pauvreté pouvant être un de ces facteurs mais sous diverses formes. D'autres facteurs encore peuvent également être présents et dépendre, tels des facteurs personnels et de l'environnement de la personne (7) comme le décrit la CIF.

La description de ces obstacles dans ce mémoire ne peut être exhaustive, chacune des manières de vivre des personnes pouvant être différentes entre les différents pays et même au sein d'un même pays, d'une même ville ou d'une même famille. C'est pourquoi nous exposerons dans un premier temps les principaux obstacles, concernant le handicap, se retrouvant dans la littérature.

2.1.2.2.3 Les obstacles influençant le handicap dans les PED

Comme exposé dans la classification internationale du fonctionnement, le soignant lorsqu'il prendra en charge le patient se devra de le voir dans son ensemble. C'est à dire qu'il devra dans un premier temps voir la déficience, l'incapacité et le handicap de la personne. Et, le handicap se définissant par la restriction de participation d'une personne dans son milieu social, il devra également voir les facteurs personnels et

les facteurs environnementaux, sous entendant que ces derniers peuvent être une ressource pour lutter contre le handicap du patient mais également un obstacle. (7)

Être au courant de ces différents obstacles ne permettra pas nécessairement au soignant de les modifier mais il pourra mieux en prévoir les conséquences et ainsi agir de manière adaptée. Lors de son expatriation en PED, il pourra notamment rencontrer les facteurs de handicap suivant :

-Politique ne favorisant pas la santé l'inclusion de chacun : Dépendant du pourcentage d'aide et de subventions que le régime accorde à la santé et à l'éducation de ses habitants. Les pays devant ainsi accorder une place à leur capital économique tout en ne délaissant pas les aspects de la santé (17). Cette tendance à se centrer sur les facteurs économiques se retrouvent dans les pays les moins avancés où le taux d'alphabétisation et la moyenne d'âge sont les plus faibles (18). La croissance économique serait alors privilégiée, les investissements sur la santé étant considérés comme rapportant moins, donc étant parfois délaissés. Ce manque d'investissements se retrouvera de différentes manières, pouvant aller d'un manque d'accès au soin, comme évoqué précédemment, à une absence de mise en place d'aide et de structure afin de permettre aux personnes handicapées d'accéder aux lieux où ils pourraient participer à la vie sociale (école, lieux de travail...) (19,20).

-Comportement et pensées négatives : L'entourage du patient ,le patient et même le thérapeute possèdent toujours des croyances vis à vis de la pathologie. Ces dernières leurs viennent de différents aspects : leurs vécus (c'est à dire ce qu'ils ont pu vivre ou voir), leur éducation, leur culture, leurs ressentis Les visions de chacun sur la pathologie varieront selon une multitude de facteurs propres à l'individu et à son environnement. Une attitude négative de ces derniers pourra ainsi constituer un obstacle à l'inclusion de la personne handicapée (21). Pareillement, si la personne handicapée croit qu'elle ne peut travailler quelles que soient les conditions et que aucun aménagement n'est possible pour l'aider, alors elle s'entretiendra elle-même dans son absence de participation (22).

-Services inadaptés : Afin de faciliter son inclusion, la personne handicapée pourra nécessiter divers services tels que les actes de soins , de réadaptation ... L'inclusion

pourra alors être remise en cause même si ces services sont présents : Une mauvaise formation du personnel concourant pour l'aide de la personne, la mauvaise coordination entre ces différents acteurs et autres services et actions inadaptées ne permettent pas la meilleure accessibilité aux services, ni la meilleure qualité de ces derniers.

-Manque de ressources économiques Comme expliqué précédemment, une personne dite handicapée aura une probabilité plus élevée qu'une personne dite « saine » d'être pauvre, notamment à cause de son manque de participation possible et de ses dépenses nécessaires concernant la santé. Une personne handicapée a donc une grande nécessité d'être couvert afin de compenser ces pertes et de pouvoir ainsi bénéficier des meilleures aides possibles. Toutefois près de la moitié de la population mondiale ne serait pas totalement couverte et n'aurait ainsi pas accès aux aides nécessaires (12)

-Accès vers l'inclusion limité : Les personnes peuvent être restreintes par des obstacles physiques dus à des architectures non adaptées du lieu où ils vivent (exemple : des escaliers pour seul accès dans des lieux privés ou même publics, restreignant ainsi les personnes ne pouvant les franchir). Il peut également exister un manque d'accès à l'information (l'information pouvant permettre à la personne et à son entourage de savoir comment agir avec la déficience de la personne pour qu'elle amène le moins possible à un handicap). Les obstacles peuvent apparaître sous diverses formes et à différents moments, ne permettant pas la présence d'une personne à un lieu physique ou virtuel (comme pour l'information) (22)

-Absence de prise en compte de la personne : La personne ne participe plus aux choix de la société dans laquelle elle vit, que les questions concernent son milieu de vie ou bien elle-même. La personne n'est plus prise en compte comme une personne à part entière, elle est vue comme inapte à participer de diverses façons.

-Manque d'information et de compréhension concernant le handicap : Un manque d'étude et de compréhension envers le handicap et ses causes empêchent des prises de décisions adaptées. La sortie de ces situations de handicap nécessite de savoir quelles en sont ses causes. (23)

-Insuffisance des services : Afin de sortir de ce cercle vicieux du handicap, la personne aura la nécessité de recevoir des soins de santé pour diminuer au maximum sa déficience, ainsi que de réadaptation pour réduire le plus possible les séquelles de l'atteinte et de soutien et d'assistance afin de favoriser son inclusion. C'est pourquoi une faible présence ou une absence de services représentera un obstacle à la participation de la personne. (1)

En résumé, le thérapeute afin d'avoir un avis objectif sur la situation de la personne handicapée devra prendre en compte les possibles divergences existantes dans les niveaux de développement (politique, social, économique) ainsi que la diversité des cultures présentes (les croyances de la personnes et de son entourage sur la maladie pouvant influencer sur les attitudes d'inclusion ou d'exclusion).

Le thérapeute lors de sa relation avec le patient devra donc prendre en compte chacun de ces items

3 Problématique

Afin de pallier aux déficits de prises en charge, dans un premier temps, et de développer l'accès aux soins dans les pays en développement, de nombreuses organisations non gouvernementales et associations se sont créées en mettant le point de la santé comme centre de leur action.

Ces organisations ont alors créé plusieurs missions en réponse à des demandes des pays concernés. Ces missions, variantes de par le mode d'action des volontaires, peuvent faire intervenir les physiothérapeutes. Les physiothérapeutes peuvent alors être envoyé dans les missions d'urgence ou de développement. Le thérapeute devra donc dans les deux cas, partir de son pays d'origine et aller exercer sur place le métier de physiothérapeute, de diverses manières. Ainsi le thérapeute venant d'un pays « développé », dans ce cas la France, passerait dans un pays en développement, où les prises en charge sont plus rares, où les conditions présentent régulièrement des obstacles à l'inclusion des personnes handicapées comme l'expose le rapport de l'OMS. (1)

Un faible nombre d'études, et encore moins française, expose l'adaptation à laquelle le thérapeute venant de pays développé devrait se soumettre afin d'atteindre les objectifs de sa pratique : la santé et donc l'inclusion de chacun. La plupart de ces études étant plutôt sous la forme de récit d'expérience personnel de thérapeute ayant pratiqué en pays en développement. Comme le souligne Humphreys (24), il existe peu d'étude qualitative permettant de se rendre compte globalement des conditions auxquelles le thérapeute peut alors être soumis et de quelles modifications il peut alors effectuer afin de correspondre aux particularités du milieu.

La question se pose alors de savoir quels peuvent être les obstacles rencontrés par les physiothérapeutes expatriés et ainsi quelles peuvent être les adaptations et préparations mises en place par ces derniers afin d'atteindre ses objectifs.

4 Méthodologie

4.1 Le choix de l'entretien

Une méthodologie qualitative est une méthodologie de recherche permettant de retranscrire et d'analyser des données descriptives. Elle permet ainsi d'objectiver les différents facteurs intervenant dans le comportement de la personne dans un milieu précis. Ici le physiothérapeute dans un pays en développement.. Le but étant de découvrir de nouveaux aspects d'un domaine, afin d'en déterminer par exemple les contraintes, les choix qui y sont effectués et donc ainsi d'amener à améliorer le fonctionnement mis en place. (25)

La méthode des entretiens individuels semi-directifs fût choisie afin d'explorer les différents points de vue de plusieurs physiothérapeutes quant à leur pratique passée en pays en développement. La méthode semi-directive permettait à l'interviewer de cibler l'entretien autour de plusieurs thèmes tout en laissant la possibilité au participant de développer librement sur les aspects des thèmes qui lui semblent importants. (26)

De plus cette méthode a été choisie car permettant d'effectuer une étude d'approfondissement (27). C'est à dire partir de données tirées de la littérature afin de les développer vers un point encore non approfondi ou nécessitant des éclaircissements

Le guide d'entretien a été construit en s'inspirant des guides réalisés par humphreys (24) (auprès de physiothérapeutes venant du Royaume-Uni) et Barrette, Jutras et Coté (28) (auprès de stagiaires physiothérapeutes venant du Canada)

Dans ce cas, l'étude va se diviser en deux temps :

- un premier temps où l'entretien va cibler des physiothérapeutes afin de déterminer, selon le ressenti de ces derniers, quels étaient les obstacles principaux qu'ils ont pu rencontrer et quelles étaient les adaptations dans leur manière d'être et de faire en tant que physiothérapeute. L'aspect spécifique de la physiothérapie n'ayant été que peu abordée dans la littérature

- Un deuxième temps, où les résultats des entretiens seront comparés lorsque c'est possible à de la littérature pouvant s'y associer. L'objectif étant de déceler les similarités pouvant s'appliquer au sujet.

Lors de l'entretien, l'interviewé disposait donc de la liste des sujets sur lesquels il devait développer.

4.2 Le choix des personnes

Lors de cette étude, les critères d'inclusion étaient larges, permettant ainsi d'accéder justement à différentes expériences et différents avis. Les personnes interviewées ont été sélectionnées en rapport à une pratique passée ou actuelle en pays en développement.

Les personnes devaient alors être titulaires d'un diplôme d'état de physiothérapie et avoir pratiqué essentiellement en France (un pays « développé »). Les physiothérapeutes diplômés pouvant ainsi comparer leur pratique entre ces différents environnements et ainsi percevoir différemment les aspects spécifiques de la pratique dans ce contexte. De plus les personnes ont été sélectionnées de par leur accessibilité, en étant joignable soit en direct, soit par téléphone. De plus, le choix des participants a été restreint à ceux parlant français.

Un échantillon de 6 personnes a été sélectionné afin de correspondre aux entretiens sur lesquels ce dernier s'est calqué, permettant ainsi de mieux les comparer.

Internet fût utilisé en premier lieu afin d'identifier les différentes organisations mettant en place des missions de volontariat dans des pays en développement et impliquant des physiothérapeutes. Deux organisations, Kinésithérapeutes Du Monde et Humanité et Inclusion (anciennement Handicap International), furent ainsi contactées. Après avoir été informés de l'objectif de l'étude, les représentants en communication de ces organisations ont accepté de transmettre des contacts de physiothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion. D'autres physiothérapeutes furent également identifiés par le biais de pairs, nous transmettant le contact de connaissances correspondants également aux critères d'inclusion.

Le dernier critère afin d'être inclus dans l'étude était que chacun des participants, ayant été auparavant mis au courant de la teneur du mémoire, trouvent un intérêt dans l'étude et évoque ainsi le thème comme intéressant. L'intérêt de la personne étant nécessaire afin que cette dernière juge pertinent le fait de développer sur ce thème et se consacre entièrement à la réponse lors de l'entretien. Un manque d'intérêt aurait pu, de plus, amener la personne à vouloir terminer l'entretien au plus vite en risquant de passer à côté de point qu'il aurait pu évoquer si il avait pris le temps.

4.3 La collecte de données

Un détail de l'étude et de l'entretien (objectif, déroulé ...) a été auparavant transmis à chacun des interviewés, afin que chacun puisse prendre un temps de réflexion avant l'entretien. L'objectif de ce temps était de permettre aux personnes de préparer les réponses, et ainsi de choisir ce qui leur semblait le plus pertinent à mettre en avant.

Les entretiens se sont déroulés essentiellement en face-à-face lorsque la personne interviewée était accessible facilement (la limite géographique mise étant la personne se trouvant en Bretagne) . Le face-à-face ayant été privilégié afin donner un contexte de réelle discussion pour que la personne livre également ce qu'elle ressent, qu'elle donne une teinte plus concrète à son récit. Le fait de communiquer uniquement par téléphone ne permettant pas le regard, et ainsi un des aspects de la communication humaine. Une communication visuelle entre l'interviewer et l'interviewé diminuant l'effet de discours appris par cœur, permettant ainsi à l'interviewé de transmettre de différentes façons que orale ce qu'il ressent vis-à-vis de son expérience. Les personnes interviewées avaient la possibilité de définir le lieu de l'entretien, afin de ne pas ressentir la contrainte du lieu imposé, et qu'au contraire ils choisissent un lieu où eux se sentent à l'aise (l'objectif étant de parler de quelque chose de personnel, d'une expérience pouvant avoir été marquante)

Lorsque les personnes visées se trouvaient en dehors de la Bretagne, les entretiens se réalisaient par visioconférence afin de conserver au maximum les avantages expliqués précédemment.

Les personnes interviewées purent également choisir le moment de l'entretien, en le plaçant de sorte à être pleinement disponible. Le but était que la personne n'ait pas de contraintes de temps et puisse développer

Chaque entretien fût enregistré via dictaphone, après avoir obtenu auparavant le consentement de chacun des interviewés. De plus, des notes écrites furent rajoutées afin de notifier les éléments visuels, tels que les expressions de visage, permettant de rajouter une interprétation particulière à certains passages. Elles furent également utiles pour noter l'impression générale de l'interviewer par rapport à certains passages afin de ne pas les oublier lors de l'analyse future de l'entretien (comparaison des points de vue de l'interviewer lors de l'entretien et lors de la retranscription)

(Seules les parties blanches et grises ont été transmises aux participants afin de ne pas influencer leur réponse principale)

Le premier entretien fût utilisé également en tant qu'entretien exploratoire, afin de voir si le guide était adapté. Le retour de la personne interviewé fût également recueilli afin de déterminer comment améliorer le guide.

5 Résultats

5.1 Population étudiée :

Six physiothérapeutes diplômés d'état (dont une cadre de santé) ont répondu à cet entretien

Presque tous ont travaillé en centre de rééducation et en Libéral. Quatre d'entre eux travaillent actuellement en centre de rééducation, un en libéral et le dernier en Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie.

5.1.1 Provenance des expériences des expatriés

Participant A : Niger, Burkina Faso, Cambodge, Sud Soudan

Participant B : Vietnam

Participant C : Bolivie

Participant D : Sierra Leone, Angola, Cap-Vert, Ukraine

Participant E : Inde, Haïti

Participant F : Vietnam, Réunion et nouvelle Calédonie (France) - les quartiers pauvres considérés comme des sortes de bidonvilles

5.2 Action en tant que physiothérapeute dans ces pays :

Chacune des personnes interviewées est partie au moins une fois avec une Organisation Non Gouvernemental (de type KDM ou HI) et pour certains d'entre eux d'autres pratiques en pays en développement se sont fait sans collaboration avec une association.

Les contextes des missions et des voyages étaient différents, certains ayant réalisé des missions de développement, c'est à dire consistant essentiellement dans la formation de professionnels de santé du pays ainsi que sur la formation de l'entourage, d'autre encore sur la création de centre, sur la communication avec les autorités, mais

chacun d'entre eux a réalisé des prises en charge direct avec les patients et a ainsi pu voir les différences avec leur pratique habituelle.

5.2.1 Lieux d'exercice

Les personnes expatriées ont travaillé dans différents lieux et structure, ce qui a permis de mettre en valeur aussi l'importance de ce dernier dans la prise en charge. Les lieux explorés ont été des centres de rééducation, dans des services hospitaliers comme dans des hôpitaux nationaux (notamment dans les salles communes), des camps de réfugiés, dans des tentes, dans des foyers spécialisés ainsi qu'au domicile direct des habitants, en campagne et en ville.

5.2.2 Type de prise en charge

5.2.2.1 Pathologies rencontrées

Les pathologies les plus abordées dans un premier temps par la majorité des physiothérapeutes furent les pathologies avec atteinte neurologique, notées comme très présentes, notamment avec les AVC. Dans les atteintes neurologiques, la notion de neuro-pédiatrie revenait très souvent, avec évocation de paralysie cérébrale en grande majorité. Toutefois, tout type de pathologie était également représenté dans le cadre de la pédiatrie, telles que les pathologies neuro-musculaires, les maladies génétiques, les atteintes périphériques ...

Ensuite le cas de la traumatologie en grand nombre semblerait également très présent, et notamment avec des cas dits très « dégradés ». Les causes étaient alors variées, comme des blessés de guerre, des rescapés de catastrophes naturelles, des accidentés de la voie publique (règles moins sécuritaires qu'en France) ... Le participant C décrivant ainsi les causes de ces dégradations : *« Pour certains patients, l'absence de prise en charge, de soins et de suivis avaient amené à des complications, des dégradations très impressionnantes »*

Puis le cas des patients brûlés, notamment dans des accidents domestiques, pour deux des personnes interviewées. Les causes retenues étant surtout la présence des moyens de cuisiner au sol, amenant des brûlures essentiellement aux enfants.

Les patients blessés médullaires étaient également présents dans le discours de certains, mais ne semblaient pas les plus représentés. Notamment en pédiatrie, selon un des professionnels, où les enfants avec de telles atteintes sont considérés comme peu viables dans les lieux trop défavorisés.

Les atteintes rhumatologiques étaient beaucoup présentes, comme le soulignaient deux personnes interviewées, mais apparemment très peu prises en charge. Le participant A citant : « *par exemple, les douleurs au dos étaient très présentes mais le diagnostic rhumatismal était quasiment inexistant* ».

Les atteintes respiratoires ne furent que très peu évoquées en tant qu'atteinte spécifique, mais la plupart d'entre eux ont réalisé des prises en charge de cet aspect-là des patients. La prise en charge des pathologies dites « invisibles » ressortant dans les entretiens comme peu ou pas prises en charge de façon optimale par les soignants de ces pays.

En global, Il semblerait que les physiothérapeutes, lors de leur expatriation, aient à prendre en charge tout type de pathologie, même lors d'une mission avec un objectif de prise en charge d'une pathologie spécifique. Ainsi on peut émettre l'hypothèse de l'importance de pratiquer dans divers services auparavant afin d'être préparé à diverses spécificités de prise en charge.

5.3 La pratique en pays en développement

Afin de bien comprendre pourquoi telles adaptations et tels conseils ont été donnés, nous suivrons le plan de manière à ce que le lecteur soit d'abord au courant des différents obstacles que les physiothérapeutes ont pu rencontrer dans leur pratique, puis nous développerons dans ce qui peut être ou qui a pu être mis en place par ces derniers afin d'amener les patients et leur entourage à la meilleure prise en charge et à la meilleure qualité de vie possible.

5.3.1 Les obstacles

La liste des obstacles qui va suivre n'est bien entendu pas une liste exhaustive des obstacles que pourra rencontrer le physiothérapeute dans sa pratique en PED, mais

bien une exploration du point de vue des physiothérapeutes interrogés. Les réponses ayant été également soumises à l'interprétation de la personne effectuant les entretiens. Ces résultats ont été classés par nombre d'apparition dans les entretiens, le premier est donc celui qui est le plus apparu dans les entretiens.

Comme vu précédemment, les différents obstacles ne sont pas à considérer comme indépendants les uns des autres, ils sont complémentaires et un obstacle peut en amener un autre, d'où l'intérêt de les objectiver un à un pour voir quelle action nous pouvons avoir dessus.

Rappelons également que la prise en charge d'une personne ne consiste pas uniquement dans sa prise en charge technique mais également dans la relation avec le patient et son entourage pour amener à la plus grande inclusion possible, ou du moins à son bien-être. C'est pourquoi presque tous les thérapeutes ont noté, en plus des obstacles directs de leur pratique, les obstacles affectant les objectifs de cette pratique.

Les obstacles ressentis comme tels par les physiothérapeutes sont donc :

-La barrière de la langue (évoquée dans tous les entretiens) : Les thérapeutes interrogés se sont accordés sur le fait que la différence de la langue pouvait être un frein à la communication. Le participant D a d'ailleurs déclaré sur le sujet : « *je trouve qu'on peut pas trop travailler dans un pays et pas maîtriser un petit peu la langue* » ; Cet obstacle n'a pas été ressenti que dans l'aspect de la transposition de connaissances et de concept à la personne en face, mais également dans la compréhension du pays, de sa culture et du patient, ce que le participant C a enchaîné par « *le rapport à la langue fait que tu auras un rapport différent avec la personne* » Ne pas maîtriser la langue est toutefois rarement vue comme un obstacle immuable, mais surtout comme un frein pouvant gêner à la communication et ainsi mener à des adaptations dans les moyens de communication.

La présence de cet obstacle dans ces entretiens concorde avec de nombreuses études (24,29–32) où les soignants exprimaient le fait de ne pouvoir s'exprimer dans la même langue avec les personnes concernées comme le premier frein à la pratique

-Obstacles culturels (évoqués dans tous les entretiens) : Cet obstacle, également ressenti comme une ressource pour certains, est apparu de deux manières différentes :

- Lors de l'intégration du physiothérapeute : Le fait d'arriver dans un nouveau lieu impliquerait pour le nouveau venu un temps d'acclimatation où il devrait tenter de comprendre la culture de ce lieu. Ne pas comprendre, ou du moins ne pas tenter de voir cette culture de manière globale ne pourrait permettre au soignant de voir le patient comme l'indique la CIF et deviendrait un obstacle. La culture impliquant à la fois la manière d'agir et la manière d'être des gens, elle conditionnerait le patient et le soignant dans leur rapport à eux même et à l'autre. Meriel Norris (2008) (33) souligne également l'importance de rester ouvert à ces nouvelles cultures lors de la relation du physiothérapeute avec les habitants du pays, afin d'éviter la destruction de cette dernière par le fait d'imposer une culture, la sienne. Le patient n'ayant pas nécessairement la même définition de la santé que nous (34)
- Sur l'action du patient : La culture pourrait également devenir un obstacle en créant des conduites dangereuses ou non inclusives de la société vis-à-vis du patient. Comme évoqué dans le cadre conceptuel (21), une attitude négative créée par des croyances serait un obstacle favorisant le handicap.

La culture pourrait alors représenter un obstacle dans la relation qu'a le patient et son entourage vis-à-vis de sa pathologie mais également par rapport à sa prise en charge. Ils pourraient aller ainsi jusqu'à la refuser. Le participant A exposant cette possible extrémité dans les impacts de la culture sur la prise en charge avec l'exemple du refus causé par le sexe du thérapeute : « *il y a ce côté sur le refus potentiel de prise en charge, parce que tu es une femme* »

Le thérapeute devrait donc prendre en compte la notion de compétence culturelle dans son travail et dans sa réflexion. La compétence culturelle se définissant par « un ensemble de croyance, d'attitudes et de politique congruents, qui se retrouvent dans un système, une agence ou parmi des professionnels et qui permettent à ce système, cette

agence ou ces professionnels de travailler efficacement dans des situations interculturelles » (34)

-Le manque d'accès à l'information (évoqué dans tous les entretiens) :

- Chez le patient : Lorsque couplée à des croyances culturelles, la méconnaissance pourrait amener à une vision « *déficiente ou négative* » de la pathologie, ou du moins ne permettant pas de faire toutes les actions possibles pour le bien de la personne. Les personnes pourraient alors percevoir la pathologie non pas comme une atteinte du corps humain pouvant être traitée ou non, mais comme une influence de certaines « forces » (dieu, sorcier ...) faisant partie de leur culture. Les populations pourraient ne pas croire ainsi à l'influence bénéfique que pourrait apporter certains soins ou installations.

De plus, deux des personnes entretenues ont souligné le fait que le manque d'éducation et le manque d'accès à l'information pouvaient générer un esprit critique différent du nôtre et ainsi ne pas avoir la même vision de la pathologie, ces derniers pouvant ne pas avoir de points de repères (articles, internet, message de santé publique...)

Lynch et Hanson (35) décrivent d'ailleurs la culture comme les lignes directrices qui vont cadrer et guider les différentes actions de vie de la personne. La personne ne naissant pas avec une culture, mais l'acquérant dans ses rencontres et ses connaissances, on peut donc comprendre qu'un manque d'accès à des connaissances l'influence également, ainsi que les actes qu'elle guide. Toutefois la culture n'est donc pas considérée comme quelque chose de figé mais plutôt comme une notion évolutive, modifiable dans certains aspects

- la méconnaissance par rapport à la physiothérapie : Comme l'avait décrit la World Confederation for Physical Therapy (36), la physiothérapie est encore un métier assez peu développé dans certains pays, où jusque-là le soin primaire était la seule priorité. Il ne serait pas rare alors que la personne atteinte d'une pathologie ne se dirige pas vers le physiothérapeute, ne sachant pas nécessairement quel est le rôle de ce dernier, pouvant prioriser ainsi la médecine

traditionnelle ou tout simplement faire avec ses déficiences et son handicap sans penser ne serait-ce qu'à recevoir des soins complémentaires. Cette méconnaissance pourrait être également présente chez les professionnels de santé du pays, comme les médecins qui ne prescriraient pas nécessairement dans ces cas-là de la physiothérapie, ne nous permettant ainsi pas d'avoir accès à toutes les personnes pour lesquelles les soins auraient pu être utiles.

- Pour le physiothérapeute : Les physiothérapeutes ont rapporté qu'ils pouvaient être confrontés à un manque d'informations lors de leur prise en charge, par exemple parce ils n'avaient pas ces connaissances de base (nouvelle pathologie, nouvelle prise en charge ou même simple aspect du pays qu'il ne connaissait pas jusque-là). Un manque d'accès à cette information a été retenue pour trois de ces entretiens, que ce soit de par un manque de ressources humaines (pas de professionnels de santé ou personne ressource pour expliquer, que ce soit par leur absence ou par un manque de connaissance), par une absence de ces informations (manque de suivi, de recensement, de recherche présent dans ces pays) ou par une faible possibilité d'accéder à des recherches ou à des articles (manque de connexion internet, format papier rare...)

Peu exprimé directement en tant qu'obstacle spécifique de la physiothérapie dans la littérature, on peut toutefois comprendre que le manque d'accès à l'information dans le pays, cité dans le cadre conceptuel, puisse affecter le thérapeute (22).

-Obstacle du lieu (évoqué dans tous les entretiens) :

- obstacle de la structure : La qualité de la structure peut conditionner la qualité des soins. Il a été récurrent que les physiothérapeutes nous parlent de conditions non adéquates pour pratiquer le soin, la qualité des lieux étant souvent en relation avec les moyens financiers des patients. Dans certains pays, où des hôpitaux et des cliniques privées sont au même niveau technologique et structurel que dans un pays « développé », il existe également des structures, telles que des hôpitaux gouvernementaux, où les moyens sont très restreints mais où les personnes les plus pauvres peuvent avoir accès. Les personnes peuvent

alors être prises en charge parfois dans des salles communes (grand obstacle dans la prise en charge des enfants en bas âge), où l'hygiène et les conditions de vie ne seraient pas considérées comme acceptables en pays « développé » car étant prouvées comme amenant un taux de morbidités et de mortalité plus haute (37). Mais là encore le manque de moyen représente un obstacle à « la prise en charge optimale ». Les physiothérapeutes décrivaient alors parfois comme une impuissance à ces conditions. Le participant D relatant : *« les chambres étaient sales , plus qu'exiguës et les enfants étaient posés à même une planche de bois , sur une natte quoi et clairement il n'y avait pas d'argent pour ces personnes là parce que la qualité des chambres dépendaient des finances des parents . »*

- obstacles environnemental et climatique : Selon où se situe le soin dans le pays, les physiothérapeutes ont rapporté les difficultés qui peuvent exister pour ces derniers avec les différences dans leur pays. Le premier obstacle était de se rendre compte d'où se situait le patient par rapport à une possible prise en charge. Pour exemple, il existait peu de services de soin, et encore moins de physiothérapeutes en campagne, donc soit le physiothérapeute n'avait pas accès au patient, soit il n'avait pas accès à d'autres professionnels de santé ou à certaines ressources nécessaires pour le soin. Souvent décrit dans les retours d'expérience de physiothérapeutes (17) (24) (28), les personnes ne pouvaient avoir accès que aux ressources de la communauté dans laquelle elles vivaient. Le second obstacle est les conditions climatiques, telles qu'une température élevée ou inversement basse , qui pouvait affecter le thérapeute comme les patients, ainsi que les différences d'altitude (le thérapeute pouvant être affecté par les différences de concentration en oxygène dans l'air). Le dernier exemple était le fait de se trouver à côté d'une zone de guerre, dans un camp de réfugié. Il peut alors exister des règles de sécurité et autres instructions restreignant les mobilités de chacun mais surtout exerçant une pression morale importante sur chacun, dont le thérapeute. Le stress du lieu de travail, couplé à une faible liberté de décision et de mouvement, que ce soit dans le travail ou dans la vie en dehors est décrite par Prem Chopra (38) comme un des facteurs d'atteinte à la capacité

de travail, mais surtout au bien-être mental du thérapeute. Ces facteurs étant décrits comme plus présents dans les pays en développement.

-Manque de moyen humain (présent dans tous les entretiens) : Le plus grand manque de moyen humain ressenti est l'absence ou le manque de professionnels de santé. Le niveau de formation de chacun ainsi que ses rôles n'étant déjà pas toujours clair pour chacun(34). Les expatriés ont pour certains ressenti comme un manque de profession complémentaire de la leur pour les accompagner dans la prise en charge du patient. Et lorsque des physiothérapeutes du pays étaient présents, il y eut certains cas où un manque de conscience et/ou de compétence professionnelle fût rapportée, la personne expatriée ne pouvant alors s'appuyer sur eux. Les raisons auraient été alors un manque de renouvellement disponible dans leur pratique, une « *envie de ne rien faire pour laisser travailler les expatriés à leur place* », un manque de récompense financière ou tout simplement une fatigue par rapport au fait de voir depuis des années des cas considérés comme désespérés , au fait de se sentir impuissant.

Cette fatigue chez les soignants locaux est également décrite dans la littérature, en pays en développement, y compris chez les physiothérapeutes (38). Toutefois c'est surtout le manque d'accès à la formation sur le soin, et notamment concernant la physiothérapie qui ressort le plus, et qui se démarque comme la cible principale des ONG et des institutions pour lutter contre le handicap (39) (40) (41)

-Manque de prise en charge et de suivi (présent dans tous les entretiens) : La plupart des patients, notamment à cause des autres obstacles expliqués dans cette partie , n'avaient pas accès à tous les soins primaires et secondaires nécessaires. Comme expliqué dans le cadre conceptuel, près de la moitié des personnes dans le monde n'ont pas accès à une couverture totale permettant les pratiques de santé nécessaire, l'éducation étant comprise dans ces pratiques (12) : Le participant A relatant qu'il n'était pas rare que la personne ait un accident , que les médecins « *lui sauvent la vie* » mais que la personne rentre chez elle sans aucun conseil , aucune connaissance de ce qu'elle avait eu et aucune idée de comment agir pour la suite. La prise de suivi était alors souvent inexistante. Pareillement pour les naissances, la mère n'était pas forcément suivie lors de sa grossesse et de son accouchement, ni l'enfant dans son

développement. L'enfant pouvait alors présenter une pathologie, telle qu'une paralysie cérébrale, et la famille devait alors s'en occuper, sans aucune connaissance de ce que l'enfant avait et de ce qu'il fallait faire. C'est pourquoi certains physiothérapeutes interviewés ont rapporté le fait que des patients leur arrivaient dans des états extrêmes, avec des complications énormes, diminuant ainsi les possibilités d'action du thérapeute (41). Et même lorsque les prises en charge étaient disponibles, une mauvaise communication et coordination entre les différents acteurs de santé et les différentes structures ne permettaient parfois pas le bon suivi du patient

Le manque de prise en charge peut être également causé par la famille. Cette dernière ne disposant pas de moyen suffisant pour la personne atteinte d'une pathologie, pourra ainsi la considérer comme un poids, l'isoler et ne pas s'en occuper, le laissant ainsi partir. Le participant C décrivait alors ce qui aurait pu choquer certains, comme une nécessité pour les habitants du lieu où il travaillait : « *Donc voilà des situations extrêmes, ou très dégradées, qui tournent... Alors moi je vais dire qui tournent dramatiquement mais, pour là-bas, ben non, c'est la vie. Et la mort fait bien partie de la vie, et si l'enfant ou l'adulte décède suite de complications, et bien paix à son âme et puis c'est pas plus mal parce que, voilà, ça fera une charge en moins quoi...* »

Cet aspect là est parfois totalement inversé, même avec la même famille qui va avoir une action variée concernant le patient, pouvant même très bien s'occuper de lui et être très présente dans les soins (42).

-Manque de moyen matériel (présent dans cinq entretiens) : La plupart ont objectivé que, oui, les moyens matériels étaient dans un premier temps un obstacle à la pratique habituelle de ces derniers. Toutefois chacun rapporte que pour la plupart des outils, ce n'était pas un obstacle immuable, qu'ils apprenaient justement à les trouver autre part, à penser à une autre manière de faire. Le participant A décrivait cela comme « *un changement de paradigme sur comment gérer les aides techniques, un changement de manière de faire et de penser.* » Pareillement, la présence de matériel et d'installation ont été notés mais n'est pas ressorti comme une fatalité devant laquelle il fallait s'incliner.

Cet obstacle est également présent dans plusieurs articles concernant des retours d'expérience(24) (28) (32) toutefois cet élément est pareillement aux entretiens régulièrement considéré comme modulable en grande partie, et ce encore plus avec de l'expérience. L'absence de matériel ayant été également comparé plus à un changement de pratique que à un obstacle infranchissable.

Les seuls obstacles matériels ayant été énoncés comme étant réellement des freins à la pratique étaient l'absence d'appareils spécifiques comme les saturomètres et les appareils d'aides respiratoires, ce qui peut se comprendre : les appareils étant sans doute trop précis pour être construits sans formation spécifique.

-Manque de moyen financier(présents dans quatre entretiens) : Quasiment pas ressenti dans l'action première du physiothérapeute, il a toutefois été vu comme un des plus gros obstacles pour le patient lors des entretiens. C'est de par son manque de moyen financier qu'il ne pourra se permettre de se payer des soins adaptés, ou même qu'il ne pourra tout simplement pas payer le trajet jusqu'à ce soin. Parfois ces gens pourront se payer le soin mais ne pourront rester longtemps, pour ces mêmes raisons et devront rentrer chez eux rapidement. Certains pourront également les recevoir mais avec un délai d'attente élevé et avec des conditions de vie et de soin discutables.

Les soins étant pris en charge de façon très différentes selon les lieux , pouvant aller de très bien pris en charge pour une certaine catégorie d'âge jusqu'à une absence totale d'aide, on peut comprendre vu le contexte de pauvreté que l'absence d'aide puisse amener à l'absence de soins. (12)

-Obstacle temporel (présents dans quatre entretiens) : Que ce soit par la présence un temps limité du physiothérapeute dans ce lieu là, ou par celle du patient comme expliqué dans le paragraphe précédent, il peut arriver que le thérapeute n'ait pas tout le temps nécessaire pour le transfert de soin et ne puisse suivre les règles de bonne pratique, surtout celles avec des échéances à respecter comme par exemple pour le premier lever de certains patients.

Et même lorsque la mission ou le voyage dure suffisamment longtemps pour que le transfert de connaissance et de soin soit considéré comme acceptable par le soignant, le

participant E a continué de s'interroger sur la pérennité de l'action, sur son utilité, si les besoins et les moyens n'ont pas été évalués trop vite, n'étant ainsi peut-être pas les plus adaptés.

Peu exprimé directement dans la littérature en tant qu'obstacle direct de la pratique, toutefois la question de la pérennité de l'action ressort logiquement : Que restera-t-il après le départ du soignant ? Prunier (13) compare à ce sujet les missions d'urgence où le thérapeute ne sera présent qu'à court terme afin de prodiguer des soins et pourra être alors victime de manque de temps et de moyens, et les missions de développement qui se dérouleront à long terme afin de former et sensibiliser les acteurs locaux ; le thérapeute serait alors moins sujet à cette question car l'essentiel de son travail serait justement de rendre autonome les personnes résidant sur le lieu.

-Divergence d'objectifs (présente dans quatre entretiens) : Cette divergence a été ressentie de deux manières différentes :

- avec l'ONG : Pour un des entretiens , il est arrivé que la personne envoyée par cette dernière soit arrivée sur place et ressente comme un décalage entre les demandes de l'ONG , ce pour quoi elle envoyait des volontaires et ce que la personne envoyée objectivait alors sur le terrain comme plus urgent ou comme répondant plus aux objectifs et aux besoins des populations.
- Avec les habitants du pays : Selon trois personnes interviewées, lorsqu'elles sont parties, elles étaient pleines d'objectifs, pleines d'envie d'aider et d'apporter tels points et tels connaissances. La plupart avait même conscience des difficultés présentes sur le terrain. Toutefois une fois sur place, elles se sont rendues compte que ce qu'elles apportaient n'était pas forcément ce qui était demandé une fois sur place par les populations, mettant ainsi en cause la réalisation de leur projet et n'amenant pas l'adhérence première du patient. Cette même expérience a également été vécu par deux physiothérapeutes, qui eux avaient construit leur objectif sur le terrain en détaillant les difficultés. Ils avaient alors eu un désaccord concernant les priorités avec des membres de l'entourage et/ou avec la structure où ils travaillaient.

Peu évoqué directement dans les études, on peut toutefois comparer cet obstacle à la notion des trois cultures de Meriel Norris (33) . C'est à dire le fait de prendre en compte trois cultures qui influent nos actes en tant que thérapeutes (la culture étant considéré comme le cadre guidant les actes de vie et ainsi les objectifs) : la culture de la physiothérapie (celle du thérapeute), celle des personnes touchées par la profession (les patients et l'entourage), ainsi que celle de l'organisation qui emploie le thérapeute. On peut supposer alors que plus de facteurs culturels sont présents, plus la probabilité de divergence d'objectif est élevée.

-Être un nouvel arrivant d'un nouveau pays (présents dans trois entretiens) : Cette particularité a été évoquée dans trois entretiens. Le fait d'arriver dans un nouveau pays, que les personnes ne vous connaissent pas, que vous ne les connaissiez pas (sans compter la méconnaissance dans les aspects culturels, celles des objectifs des habitants expliquée précédemment) a été ressenti comme une complication pour certains physiothérapeutes qui ont pu parfois aller jusqu'à ressentir le fait même de ne pas être bien accueilli. Ces personnes avaient alors plus de mal, selon certains, à échanger d'égal à égal avec ces personnes, à se rendre bien compte de leurs conditions de vie. Ils avaient parfois l'impression d'être perçus comme les personnes souhaitant apporter leur science en croyant mieux savoir que les autres, gênant ainsi l'alliance thérapeutique. De plus, elles ne savaient pas non plus dès le début où chercher les ressources nécessaires pour améliorer sa prise en charge.

Cet obstacle paraît logique dans le sens où un nouveau lieu pour le thérapeute signifie la découverte d'inconnu, pour le soignant comme pour les habitants du pays.

-Représentation du thérapeute (présent dans trois entretiens) : En allant dans un autre pays avec une autre culture, les physiothérapeutes se sont donc confrontés à de nouvelles façons de voir , de fonctionner ainsi qu'à de nouveaux challenges. Certains ont pu rapporter que des façons d'agir vis-à-vis de la pathologie et de la mort, que des situations considérées comme très extrêmes et détériorées ont pu les choquer. Et que faire face à des conditions de vie très contraignantes , comme par exemple à côté de pays en guerre, avec un sentiment d'impuissance constant auraient pu amener à une

détérioration de leur état d'esprit, et cela encore plus si ils n'avaient pas eu, selon eux, d'expérience lors de certains voyages. (38)

-Le manque d'expérience (présent dans deux entretiens) : Bien que tous aient cité l'expérience comme étant un plus dans leur prise en charge en PED, seul deux d'entre eux ont décrit leur manque comme étant un obstacle. La personne sans expérience était alors décrite comme ne disposant pas encore de toutes les capacités d'adaptations qu'elle pourrait avoir avec de l'expérience, qu'elle serait alors moins capable d'aller vers le concret et non uniquement dans de la grande théorie. Toutefois aucun ne déclare qu'un manque d'expérience représente une impossibilité de fonctionner et d'être efficace dans des PED, mais que simplement la personne ne serait pas au maximum de son efficacité. Le participant A avait justement dit : « *J'ai appris beaucoup de choses, mais je pense que j'ai plus appris que j'ai apporté. Je ne suis pas sûre que j'ai été efficiente à cent pour cent dans les soins et dans l'adaptabilité parce que j'avais certainement pas assez d'expérience en France* »

Le manque d'expérience n'a été cité que dans un article français concernant le retour d'expérience de stagiaires physiothérapeutes (28). Une différence avait alors été évoquée entre les élèves avec expérience qui avaient alors une meilleure représentation de la pratique en PED que ceux sans expérience. Toutefois aucun article trouvé n'évoquait alors l'influence du manque d'expérience en tant qu'obstacle.

-La politique du pays (présent dans deux entretiens) : La politique du pays a été citée de par son implication dans le domaine de la santé publique, de ce à quoi elle consacre ses priorités. L'absence de prise en charge au niveau des soins et les faibles, voir inexistantes messages de santé publique amènerait alors à d'autres obstacles, dont ceux cités auparavant (manque de prise en charge et de suivi, manque de moyens financiers, méconnaissance...)

Le grand nombre d'obstacles laisse à penser que ce ne sont pas nécessairement les seuls que peuvent rencontrer les physiothérapeutes lors de leur prise en charge mais plutôt que cela va dépendre du physiothérapeute et du pays. Toutefois ceux exprimés en plus grand nombre auraient une plus grande probabilité d'apparaître

Ces différents obstacles ont été ressentis de différentes manières par les thérapeutes, certains les voyant comme immuables, d'autres non. Certains ne s'attendaient pas à eux et ont alors beaucoup cité la notion d'imprévu, que ce qu'ils souhaitaient faire ne pouvait se réaliser ou alors pas de la manière qu'ils souhaitaient.

C'est pourquoi dans la partie suivante, nous verrons comment ces derniers ont pu se préparer pour cette expérience pour ne pas se laisser déstabiliser par ces imprévus, comment ont-ils pu s'adapter à ces obstacles et qu'est ce qu'ils conseilleraient à des futurs physiothérapeutes expatriés en PED.

5.3.2 La préparation

La préparation chez les physiothérapeutes avant d'aller travailler en PED n'étant que peu documentée, peu de comparaisons à la littérature seront possible lors de cette partie

5.3.2.1 Formations :

Les formations présentes chez les participants étaient très variées

La formation la plus ressortie, c'est à dire chez chacune des personnes interviewées n'est pas une formation spécifique mais tout simplement la formation de base couplée à de l'expérience. Tous conseillent de ne pas partir tout de suite après le diplôme, qu'obtenir de l'expérience permet d'être le plus efficaces dans les soins et de pouvoir s'adapter à l'imprévu plus facilement. Le participant A le décrivant alors comme une nécessité : « *il faut être à l'aise et avoir de la pratique dans un cadre qu'on maîtrise bien avant de partir dans un cadre qu'on ne maîtrise pas du tout* »

L'expérience n'est pas définie par une pratique en particulière, au contraire, chacun conseille de voir de la diversité. Dans notre pratique mais également dans celles des autres corps de métiers, afin de pouvoir s'en inspirer. Cela peut passer par le fait de travailler dans un ou plusieurs centres de rééducation, mais aussi par le fait même de travailler dans un Centre Hospitalier Régionale Universitaire (CHRU) de France, pays cosmopolite, où tout type de population et de cultures passe. Cela pourrait amener un exercice d'adaptation de sa personne face à l'autre mais avec les moyens à disposition, sans les contraintes de l'environnement. En fonction du lieu et de la population avec laquelle on travaille, on pourrait trouver un premier entraînement où l'on pourrait

développer des compétences et des qualités qu'on peut retrouver dans les pays en développement, comme le souligne le participant A : « *Et c'est pour ça que avant c'est intéressant de changer d'endroit, d'avoir déjà des expériences parce que plus on a d'expériences, plus on est souple dans l'adaptation.* » Les concepts de l'Evidence-Based Practice (43) et de l'Evidence-Based Culture (44) se rejoignent sur ce point en soulignant que l'expérience clinique permettra au thérapeute de mieux juger les actions à tenir et que donc cette qualité de jugement se développera avec différents exercices dans différents contextes. De plus Sawyer et Lopopolo (45) et Humphreys(24) rapportent également les bienfaits de l'expérience (du travail en PED pour cet exemple) sur les capacités de communication et de fonctionnement en interprofessionalité.-

L'expérience s'acquiert également lors de projets ne faisant pas part du monde de la santé comme des chantiers de jeune, des mouvements pour les droits des hommes ou même encadrer des camps d'enfants ou d'adolescents. Chacune de ces actions mènera à son propre développement en tant qu'humain, et ainsi à son développement également en tant que professionnel.

Les ressentis varient selon les personnes. Les formations dites techniques sont utiles pour toutes et tous mais aucune formation spécifique ne ressort. Pour certains d'entre eux, des formations précises sont intéressantes pour le physiothérapeute expatrié si ce dernier connaît à l'avance le type de prise en charge précise qu'il aura à rencontrer. Certains de ces physiothérapeutes ayant justement été demandé pour certaines missions de par leurs parcours et leurs formations, en fonction de ce qu'elles pouvaient apporter par rapport à la demande du pays.

Ensuite, en formation plus spécifique, la formation concernant l'éducation thérapeutique a été énoncée par la moitié des personnes interviewées. Selon ces derniers, cette formation peut apporter une grande aide au thérapeute dans sa prise en charge avec le patient mais également avec l'entourage et les professionnels de santé. Cette formation permettrait d'aider le kiné à sensibiliser le patient et son entourage à la situation, à lui faire prendre conscience des enjeux et à le convaincre « *c'est vraiment le patient qui doit aussi se saisir de ce qu'on peut lui proposer, mais c'est quand même lui*

en dernier recours qui décide ce qu'il souhaite, ce qu'il veut faire » « le but est de construire ensemble et que ce soit leur projet »

Couplée à l'expérience, cette formation pourrait permettre au clinicien d'aller plus facilement au concret, de moins se mélanger dans les aspects très théoriques qui ne sont pas nécessairement intéressants pour obtenir la compréhension et ainsi l'adhésion du patient

Aucune étude ne concerne spécifiquement l'intérêt de la formation en éducation thérapeutique dans le travail du physiothérapeute en PED, toutefois cette dernière concorde avec les objectifs des personnes ayant exercé en thérapeute dans ces contextes. C'est à dire l'éducation des personnes en priorité afin de les rendre autonomes. (13,24,28,32,39)

Puis les formations spécifiques de pratique en pays étranger ou face à une autre culture, souvent proposées par les organisations d'envoi de volontaires (exemple de Kinésithérapeutes du Monde (46)) sont également notées comme intéressantes dans la pratique par ceux les ayant réalisés : séminaire sur le choc culturel, formation sur les logiques inter-culturelles, débriefings ...

Ces formations, qui ne sont pas nécessairement que entre professionnels de santé, permettraient au futur expatrié de discuter sur ce qu'est l'interculturalité, comment les gens peuvent-ils réagir différemment, de comment gérer ça, vers qui peut on se tourner ... (47)

5.3.2.2 Voyages antérieurs

La place du voyage est quant à elle un peu controversée. Non pas que quelqu'un ait souligné un effet négatif sur la pratique en PED, mais l'intensité de son apport ne fait pas l'unanimité. Une petite partie des participants insiste sur le fait de différencier le voyage où l'on se mélange avec une population, une culture, où on s'intègre à son quotidien en travaillant ou en faisant un stage par exemple, du voyage dit « touristique », où la personne vient un court temps, sans avoir beaucoup de réels liens avec la population. Ce dernier était alors considéré comme trop superficiel pour avoir un réel impact sur la personne et sa pratique.

Juste une personne a admis, concernant les voyages effectués précédemment la pratique, qu'elle ne pensait pas que ces voyages lui aient réellement apporté un apport à sa pratique, bien que ces expériences lui aient permis de ne pas avoir peur du voyage en PED.

Les autres s'accordent à dire que le voyage, même touristique, pourrait nous apporter une expérience très utile. C'est à dire que le voyage nous apprend à faire face à quelque chose que chacun abordera dans sa pratique en PED : l'imprévu, l'inattendu. Et justement le fait de le faire, uniquement en tant qu'observateur nous permettrait d'y faire face dans un contexte dit « de confort ». Et ceci, surtout si la personne vient à voyager pour un temps dans le lieu où il va travailler dans le futur.

Sinon presque tous s'accordent à dire que le « véritable voyage », celui où l'on se met en réel immersion dans le quotidien des personnes permettra à la personne de développer des compétences qu'il retrouvera dans sa pratique en PED, qu'il travaillera notamment ses capacités d'adaptation. (28)

De plus, point non négligeable, avoir fait des voyages permettrait également d'augmenter ses chances de pouvoir partir avec une ONG. Avoir fait des voyages étant un des critères que regardera cette dernière pour sélectionner parmi les volontaires. (46)

5.3.2.3 Recherches

Les recherches sur le pays sont monnaie courante chez les personnes ayant effectué une pratique en PED et chacun conseille d'en réaliser avant de partir pour ces expériences.

Les recherches évoquées comprennent alors les recherches sur le pays ainsi que sur le conditions de soin avec les recherches sur l'histoire du pays, sur les conditions géopolitiques du pays + économiques, sur la culture actuelle du pays (28), sur le système de santé (accès aux soins (ex :ce qui est pris en charge ou non), accès aux examens de santé, quels sont les professionnels de santé ? Leur formation ?), sur les pathologies, les

prises en charge et leurs conditions (28) et enfin sur l'environnement (exemple : conditions climatiques)

Auprès de quelles ressources : Internet (ex : fiche de l'OMS sur chaque pays concernant le handicap) - Livre, article... - Personnes ressources (anciens expatriés, personnes originaires du pays...) - ONG, associations...

La difficulté avec les recherches internet et avec les livres est que les données sur la pathologie et le handicap peuvent être compliquées à trouver. Les fiches de l'OMS servent à se rendre compte du pourcentage de handicap dans le pays mais ne permettent pas toujours d'avoir des explications, notamment à cause du manque de suivi et de recherches dans ces pays (48). De plus, le pays ne fournit pas parfois l'accès à certaines informations, par exemple pour le système de santé, pour un public de l'extérieur. Pour certaines, ce serait plus des informations à trouver sur place.

Toutefois les recherches faites sur le pays en lui-même seraient une réelle aide, car permettant à la personne de se faire une première approche du pays, de ce qu'on peut y faire, comme l'énonce le participant F : *« connaître l'histoire récente du pays et le gouvernement donne des éléments sur l'évolution et les situations plus actuelles, voir les sujets politiques et économiques donne une base, le reste se voit sur le terrain. »*

Le meilleur outil, pour se faire une idée en complément des recherches de lecture, serait d'échanger avec des personnes ayant vécu dans ces pays pendant un certain temps. Cela pouvant être des stagiaires venant du pays en question, des anciens expatriés, des chefs de mission d'une ONG et même des personnes n'ayant pas de lien avec le monde de la santé. Une personne ayant travaillé dans ces pays en tant qu'expatrié permettra de se faire une réelle image de ce qui nous attend, de ce que sont les objectifs des personnes sur place et de quelles difficultés ont été présentes.

L'étude sur les étudiants allant réaliser un stage sur les PED s'accorde également à noter l'importance de la préparation. Elle conseille alors de s'informer avant le départ sur les conditions du pays dans lequel le thérapeute va travailler : sur la langue, sur la culture, les manières de vivre qui vont influencer le soin, sur la vision et les attitudes des personnes concernées vis-à-vis de la pathologie et du handicap, et conjointement sur

l'importance de la famille et de l'entourage. Elle conseille également de s'informer sur le contexte du milieu de travail, en cherchant à obtenir des informations sur la structure du lieu de travail, sur les besoins des personnes y résidant, sur les attentes les concernant ainsi que sur les types de pathologies rencontrées. (28)

5.3.2.4 La préparation une fois sur place

Quatre entretiens sur les six mentionnent le fait que la préparation ne se fait pas que avant le départ mais également dans le pays avant les prises en charge, et même pendant. Les différentes notions que le physiothérapeute n'a pas pu avoir lors de sa préparation avant le voyage pourra être complétée en partie par l'observation lors de ce dernier. Deux physiothérapeutes conseillent même de ne pas commencer directement si cela est permis par le contexte, de prendre un premier temps d'intégration. Le physiothérapeute aurait alors le loisir de passer en partie outre l'obstacle d'être un nouvel arrivant dans un nouveau pays. Il se donnerait alors l'occasion de prendre le temps de découvrir le lieu, pour savoir où se situent les différentes ressources et difficultés. Il prendrait alors le temps de connaître la culture du pays, ses us et coutumes et pourrait dès lors commencer son intégration sociale dans le pays, bien que cela soit parfois plus simple en théorie qu'en pratique. Le participant C a par exemple, cité la possibilité de visiter auparavant le lieu afin de pouvoir repérer les différents magasins, pour le repérage de matériel, et les différents artisans qui pourront aider à la prise en charge. Il cita qu'il était également possible d'aller voir directement les personnes dans leur lieu de vie pour se rendre compte des difficultés qui pouvaient être présentes dans leur mode de vie. « *une fois que j'avais découvert un peu l'envers du décor, l'intérieur des maisons et leur mode de vie, j'avais, je pense, des conseils plus adaptés* », cette citation amenant à supposer de l'importance d'aller sur le lieu de vie de la personne permettant de réellement cibler le contexte.

On déduit alors que le conseil serait de prendre son temps en arrivant afin de découvrir les patients le plus selon le modèle de la CIF. C'est à dire afin de ne pas rester que sur sa déficience, mais également d'aller découvrir en quoi elle constitue un handicap avec les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. La personne

peut donc se préparer auparavant en lisant des articles, en obtenant des informations sur les conditions socio-économiques du pays, sur la politique ainsi que sur des comptes rendus d'anciens expatriés, comme l'évoque presque tous les entretiens. Mais tous s'accordent à dire que ces informations ne peuvent être complètes et seront complétées une fois sur place que ce soit avant la prise en charge ou pendant. Le fait de visiter, d'observer auparavant ce lieu permettrait donc peut-être de se rendre compte effectivement dans un premier temps, comme l'a souligné un des physiothérapeutes, des manières de vivre des personnes, de l'impact de la langue dans la communication mais surtout, ce qui ne peut se faire de manière objective en dehors du pays, de se faire sa propre image de ce dernier. La prise en charge étant bien entendu affectée par le patient et son environnement, mais également par la vision que le thérapeute en a. D'où le fait que chacun conseille une ouverture d'esprit lors de cette observation, et de ne pas oublier qu'ici le contexte est différent et que chaque personne que l'on verra sera différent. Cette manière de voir est évoquée dans deux entretiens, afin de permettre l'objectivité du regard mais également pour son propre équilibre. Le participant E avait appuyé cette difficulté avec cette phrase : *« on a pas la même vision de la vie, ni de la mort. Ni simplement la même expérience qui pourrait nous permettre d'accepter certaines situations. Se retrouver donc dans des situations extrêmes d'abandon physique, affectif, moral, qu'on retrouve très peu en France, ça peut être parfois très compliqué »*

L'expérience serait alors peut-être une aide pour compléter ces observations, permettant ainsi de comparer les pratiques que la personne a pu faire dans un contexte qu'elle maîtrisait bien, où toutes les ressources étaient présentes, aux pratiques qu'elle allait devoir réaliser. C'est à dire de voir quels vont être les obstacles, les ressources, ce qui va être différent et ensuite de partir directement vers le concret, vers ce qu'il faut réaliser, plutôt que de rester dans le superficiel et d'être trop affectée par certains aspects que notre propre culture pourrait remettre en cause.

Humphreys (2010) (24) décrit également la nécessité de prendre le temps de réaliser une immersion dans la culture du pays et de solliciter les différentes personnes présentes en local afin de réellement pouvoir s'adapter à la culture. L'étude parle alors de la possibilité de s'impliquer dans les différentes traditions locales afin d'outrepasser la

division culturelle, ne serait ce que en commençant par porter l'habit local afin de montrer son respect. Le fait de rentrer en immersion dans la culture en étant motivé et ouvert d'esprit est alors décrit comme le meilleur moyen de s'adapter à la culture avant même de commencer le soin

5.3.3L'adaptation

Dans cette partie, nous aborderons les différentes adaptations qu'ont pu mettre en place les physiothérapeutes pour répondre aux différents obstacles vus précédemment. Il ne faudra pas oublier que vu chacun des obstacles pouvant être liés les uns aux autres, une adaptation pourrait sembler ne pas avoir d'action sur un de ces derniers dans un premier temps, mais par la résolution d'un obstacle pourrait ensuite en affecter un autre.

Les réponses des physiothérapeutes se sont alors divisées en différents thèmes, permettant de déterminer les points sur lesquels le physiothérapeute nouvellement expatrié devrait travailler

Adaptation à la langue :

- Ressources humaines : cinq physiothérapeutes sur six ont eu accès à un moment ou à un autre à un traducteur, toutefois trois d'entre eux ont rapporté avoir ressenti comme une frustration de ne pouvoir communiquer directement avec leur auditoire. La présence de traducteur se faisant ressentir comme une gêne dans une communication avec la personne, où l'on perdait le côté discussion avec la personne et où il était difficile d'accéder réellement à ce que la personne pensait, de plus le langage spécifique de la physiothérapie pouvait souvent être approximatif selon un des entretiens. Les adaptations mises en place ont été de travailler en amont avec les traducteurs, de s'accorder par exemple par écrit auparavant sur ce qui pouvait être dit. Les descriptifs visuels furent également utilisés afin de faire passer certains messages que l'un ou l'autre n'arrivait pas à traduire dans la langue dans laquelle ils échangeaient – la discussion avec le traducteur se faisant parfois en Français mais pouvant également avoir lieu dans

d'autres langues : anglais, espagnol... . Le côté du manque de réelle discussion qui est ressorti comme désagréable pour certains, n'a pas fait ressortir de conseil précis les concernant, si ce n'est le fait d'essayer de regarder la personne concernée lors de la discussion et le fait que le physiothérapeute s'y habitue avec le temps.

Donc les questions à se poser auparavant, lors de la recherche seraient : Quelle est la langue du lieu ? Va-t-on avoir une personne ressource comme un traducteur ? Et quelle langue est parlée par cette personne ressource, savoir si vous vous comprenez bien ?

- Apprentissage de la langue : Dans trois entretiens, le fait d'apprendre la langue locale était considéré comme un plus dans la prise en charge, permettant même d'aller plus vite dans la compréhension de la culture. Il n'est pas considéré comme nécessaire d'être entièrement bilingue pour bien fonctionner, mais au moins de pouvoir communiquer sur l'essentiel, quitte à ne maîtriser que certains mots sur les aspects de la physiothérapie comme « bonjour , au revoir , ça fait mal , tendre , replier... »

Toutefois il ne faut pas oublier que toutes les personnes d'un même pays ne parlent pas nécessairement la même langue

- Communiquer par des signes, des dessins, des supports pédagogiques : Une des personnes entretenues a évoqué cette solution de secours lorsqu'il y a absence de personnes ressources. Elle décrit que même si ce n'était pas facile, elle était surprise que la compréhension se fasse quand même. Toutefois cette méthode ne permet de passer que peu de message, encore moins des précis et laisse place au biais de compréhension
- Logiciels de traduction : cette solution a été évoquée lors d'un entretien afin de franchir le fossé de la langue. Bien que considérés comme très pratique par ce physiothérapeute, il a également été énoncé comme nécessitant souvent internet et présentant toujours de possibles biais de traduction.

En résumant et en comparant, on retrouve des similitudes dans le travail de plusieurs chercheurs : La première étant bien sûr de maîtriser au moins en partie une des langues parlées dans le pays ou d'utiliser un interprète (au risque d'amener des biais de communication (31)). Toutefois dans des cas où ces solutions ne seraient que peu accessible, la littérature trouvée conseille de mettre en places d'autres stratégies tels que la communication non verbale ou encore l'utilisation d'un mode de communication très simplifié (gestes ou mots) (28,31)

Adaptation aux obstacles culturels

-Lors de l'intégration du physiothérapeute : Pour l'intégration de la culture (évoquée dans tous les entretiens) comme énoncé précédemment, le physiothérapeute devra également lors de la prise en charge découvrir la culture des personnes avec qui il travaille, devant même se renseigner sur les visions de chacun sur sa culture, sur sa manière de vivre, n'étant pas la même entre chaque personne. Il est intéressant, si la ressource est disponible, de s'appuyer dans un premier temps sur l'équipe locale ou sur un autre élément interne (en plus de la préparation avant le départ), pas nécessairement impliqué dans le contexte médical, pour nous expliquer les différents aspects de la culture. Deux des physiothérapeutes ont eu également accès, lors de leur expatriation, à des personnes venant de pays autre que celui-ci. Ces derniers leurs ont également été utiles dans ce sens

En résumé, le fait de prendre le temps d'intégrer à la culture, y aller en étant ouvert d'esprit à cette dernière et de partir d'éléments internes semble être ce pour quoi les praticiens s'accordent à conseiller pour cette problématique. (24)

Sur l'action du patient : Tous les praticiens interrogés ont abordé le thème de la culture comme possible obstacle de la prise en charge, mais toutefois ils ont également tous précisé que ce n'était pas un obstacle contre lequel il fallait lutter. Au contraire, à un aucun moment un praticien ne doit aller contre les croyances culturelles de la personne, uniquement contre les méconnaissances du patient. Chacun amène le fait qu'il est important de comprendre que ce n'est pas au patient de s'adapter à nous , mais bien le

thérapeute qui doit s'adapter au patient. Le but n'est pas d'imposer ses propres croyances concernant la santé au patient, mais bien de partir de celles du patient. C'est pourquoi les praticiens conseillent d'y aller progressivement, de partir du patient et de ses croyances (donc de prendre le temps de les connaître) et de le guider en partant de son projet. Par exemple, si le patient souhaitait continuer à voir d'autres précepteurs de médecine traditionnelles, tels que chaman et vaudou, aucun des physiothérapeutes de l'étude n'a raconté s'être exprimé contre et même au contraire, deux d'entre eux ont encouragé leur patient à aller les voir et travaillaient avec eux. Le thérapeute C :« *j'ai souvent conforté les mamans dans le fait qu'elles aillent consulter les chamans , parce que c'est vraiment dans leur culture et que c'était aussi un plus , presque , si j'ose dire , à condition évidemment de pas aller n'importe quoi non plus* » et le thérapeute F :« *Je sais que là-bas je travaillais en soins intensifs/réanimation , il pouvait arriver que les familles déposent des racines ou des décoctions un peu particulière dans les narines des patients alors qu'ils étaient en soins intensifs , ça pouvait être un peu bizarre mais il fallait être au courant de ce genre de choses , c'était pas du folklore , c'était des vraies croyances et fallait composer avec.* »

Le participant F a notamment souligné qu'une personne ressource, comme le traducteur, pouvait également aider à la transmission avec le patient : « *Vu qu'on ne pouvait pas forcément non plus rentrer dans des discussions trop argumentées avec nos patients , la culture en soi n'était pas gênante . C'est plutôt notre traducteur qui s'occupait de faire passer l'information* »

Deux personnes entretenues ont également pu assister à des moments où la culture a fait office de ressources, permettant ainsi au patient de mieux accepter sa pathologie. Le participant F donnant l'exemple de la pathologie incurable :« *c'est un patient qui avait un cancer , pour lui c'était une malédiction d'une tribu rivale qui lui avait envoyée , mais au contraire c'était des choses qui lui permettait d'accepter plus facilement la pathologie , c'était incurable ce qu'il avait , il ne pouvait pas être opéré , donc il prenait sa pathologie , il savait qu'il allait mourir et il le prenait sereinement* »

La question à se poser alors dans ce contexte serait de savoir ce qu'on peut apporter , qui soit acceptable pour les personnes mais qui fasse quand même avancer les

choses ? Comment trouver un juste milieu ? Une des anciennes expatriées s'est justement exprimée sur ce sujet, en disant que, pour elle, il fallait bien évidemment être aussi fort de propositions : « *il faut connaître un peu la mentalité mais en même temps il ne faut pas non plus dire « ah ben , je respecte leur façon de faire , leur culture donc je laisse comme c'est » , on vient justement pour donner un appui technique »*

Toutefois il existe des aspects qui ont été ressentis comme non modulables, comme le refus de soin lorsque le physiothérapeute était une femme (pour une des participantes). L'acceptation est alors préconisée par chacun, de ne pas forcer le patient et accepter ses limites.

- Ne pas imposer sa manière de voir (recommandé dans tous les entretiens)

La littérature semble conseiller également de partir des objectifs du patient en prenant en compte leurs cultures et leurs manière de vivre, d'accepter de ne pas réaliser toujours les soins définis par les pratiques fondés sur les preuves et ce parce qu'ils se doivent d'être adaptés à des objectifs et des priorités de rééducation possiblement différents de ceux présents en pays développé (24,39). Le thérapeute devra donc présenter son soin en connaissant la culture de la personne en face, adaptant son soin de telle sorte à ce que le soin parte des objectifs du patient et qu'il soit donc acceptable pour ce dernier. Pour cela le thérapeute devra donc avoir assimilé le plus d'informations concernant la culture, comme suggéré dans les entretiens.

-Le manque d'accès à l'information

Chez le patient (présents dans tous les entretiens) : Tous les praticiens interrogés se sont accordés sur l'importance de la sensibilisation et de l'éducation du patient et de l'entourage, que ce soit la famille, les professionnels de santé ou même le village. La notion était alors nuancée entre les discours, mais pas nécessairement incompatible entre eux. Les conseils donnés étaient alors :

- Expliquer la pathologie et le handicap (présents dans cinq entretiens) : à la personne et à l'entourage. Il faut démystifier les méconnaissances et les croyances qui amènent l'inactivité, le manque de prise en charge de la personne.

Deux des physiothérapeutes nuancent cette action en soulignant qu'il faut éviter de partir sur de grands discours théoriques qui n'amèneraient que peu de choses en pratique, et qui, de plus pourraient embrouiller et désintéresser la personne concernée. En s'inspirant de l'éducation thérapeutique, le thérapeute pourrait partir de ce que le patient sait et veut afin de lui expliquer ce qui serait le plus pratique pour lui. Les deux préparations ressortant pour ça sont l'éducation thérapeutique et l'expérience.

Les participants A et E se sont exprimés sur le sujet en insistant sur l'adaptation du discours : *« il faut qu'on démystifie le truc et qu'on revienne sur des bases avant même d'expliquer la pathologie parce que sinon le message ne va pas passer . C'est comme quand tu as un prof qui arrive et là tu as le niveau zéro de connaissances et il passe tout de suite au niveau dix ...Ben il t'a largué quoi »*
« on adapte le discours en fonction des objectifs, des croyances et des connaissances du patient »

- Expliquer le soin auparavant, ce qu'on veut faire au patient et à la famille (présent dans cinq entretiens) : En partant de ce que le patient et l'entourage (notamment la famille) pense et veut, si le thérapeute cherche à leur expliquer auparavant ce qu'ils peuvent faire, comment il peuvent aider (les personnes concernées et le physiothérapeute), alors la ou les personnes auront plus de facilités à adhérer. Une méconnaissance de l'action à venir et des objectifs peut amener les personnes à aller jusqu'à refuser le soin.
- Amener du concret, montrer (présents dans trois entretiens) : Il faut impliquer la famille , que ce soit du concret , leur montrer , les aider à observer ce que la patient a , ce qu'on peut faire. (l'exemple des dessins, du support pédagogique et du concret permettant de laisser le moins possible libre cours à des biais d'interprétation)
- Laisser certaines méconnaissances(présent dans deux entretiens) : Soit par manque de temps, soit pour ne pas surcharger le patient d'informations, soit pour ne pas aller contre la culture du patient. Il faut prioriser les informations qui vont

être utiles pour le patient, cibles les méconnaissances qui amènent un attitude négative envers le patient

- Amener des messages de santé publique (énoncé par le participant D) : « *il faut faire une campagne de sensibilisation ,il faut faire des spots à la télévision »*

La littérature rejoint les résultats des entretiens en insistant sur le fait que cette sensibilisation est avant tout un échange : il faut accepter de découvrir de nouvelles manières de voir et que certaines de nos conceptions ne peuvent être acceptables et ne sont donc pas à imposer. Humphreys (24) insiste sur la notion d'éducation des patients, de la famille, de l'entourage et de la formation des professionnels de santé, qu'il considère comme le seul moyen d'avoir un impact de durée, permettant ainsi de lutter contre les méconnaissances et les attitudes négatives vis-à-vis du handicap. Il faut lutter contre les méconnaissances en adaptant à ce qui est acceptable par les habitants du PED

la méconnaissance par rapport à la physiothérapie :

- informer les patients(présents dans trois entretiens) : aller au devant des patients et de l'entourage pour leur expliquer ce que l'on peut réaliser avec eux. Lors des entretiens, les physiothérapeutes rapportaient que souvent dans les PED, la physiothérapie n'était pas connue ou ne consistait, dans le regard des gens, qu'à des massages
- informer les professionnels de santé(présents dans trois entretiens) : information et sensibilisation des personnes de santé pour qu'elles puissent orienter les patients vers les physiothérapeutes .

Pour le physiothérapeute :

- Chercher auprès des ressources locales (présent dans quatre entretiens): L'absence de moyen humain, tels qu'un manque de professionnels de santé n'est pas quelque chose qui doit être prise comme étant obligatoire. Suivant les lieux où ils se trouvaient, certains physiothérapeutes ont pu s'appuyer sur une équipe technique avec parfois même des physiothérapeutes et des médecins.

Certaines informations complémentaires peuvent parfois s'obtenir avec les travailleurs locaux qui ont le même objectif que toi , et qui peuvent te permettre de gagner du temps. *« Ils ont une connaissance du terrain , peuvent te présenter le patient , sa situation , permet aussi également une prise de contact , se faire introduire par quelqu'un d'interne peut être nécessaire »*

- Chercher dans des livres ou des articles du pays (présent dans un entretien) : encore une fois, si la ressource est disponible
- Chercher sur Internet(présent dans un entretien) : Tous les pays n'ont pas nécessairement un manque d'accès à internet et certains permettent de faire des recherches efficacement
- Demander à des collègues, anciens formateurs ou autres, non présents sur le lieu(présent dans un entretien) : Différents moyens de communication peuvent être à disposition sur place tels que les téléphones. Même avec un faible accès à internet, un des physiothérapeutes nous rapporte qu'il avait la possibilité d'envoyer un ou deux mails. La communication à l'extérieur permettrait ainsi de demander à une personne externe de nous aider, soit par son expérience et ses connaissances, soit par des recherches auxquelles elles aura accès.
- Faire avec le manque de connaissance (présent dans trois entretiens) : Il pourrait arriver que aucune ressource externe ne permette de répondre au début à l'inconnu. Le physiothérapeute devrait alors s'adapter et pouvoir quand même proposer des hypothèses de solution. Les ressources seraient alors internes au soignant, l'expérience (en PED comme en pays développé) étant l'aide la plus ressortie chez les personnes interviewées, permettant ainsi à la personne d'être plus flexible face à l'inconnu et l'imprévu. Le physiothérapeute A ayant fait remarquer que ces situations de méconnaissance lui était essentiellement arrivées lors de ses premiers voyages où il manquait d'expérience selon lui.

Il n'y eu pas de ressources bibliographiques trouvées concernant les adaptations aux deux derniers obstacles. Toutefois un des articles, basé sur le retour d'expérience de

physiothérapeute rapportait également que l'expérience était un plus dans des situations où peu d'accès à l'information était présent. (28)

-Obstacles du lieu :

Obstacles de la structure :

- Proposer des adaptations matérielles et organisationnelles à la structure (présents dans deux entretiens) : Montrer à la structure ce que l'on peut adapter pour permettre une meilleure prise en charge des patients. Les salles pour personnes pauvres étant souvent des salles communes, proposer de mettre au moins une salle de disponible pour faire des soins en individuel dans le calme était une des solutions qui étaient mises en place. Toutefois cette action semble trouver plus d'efficacité si c'est la structure qui est demandeuse d'aide et si l'utilité de l'adaptation est montrée concrètement (exemple : enfant qui réagit mieux sans l'hyperstimulation présente avec du public.)
- Accepter que les soins ne se fassent pas dans les meilleures conditions possibles(présents dans deux entretiens) : Bien que quelques adaptations matérielles puissent se faire par le physiothérapeute , il y a de nombreux cas où il ne pourra pas tout modifier, ou du moins pas en peu de temps.(exemple des salles communes , des conditions sanitaires et d'hygiène)

Ces obstacles structurels sont en étroite relation avec les obstacles de la structure , toutefois il n'y eu pas d'adaptation spécifiquement faite par le physiothérapeute trouvée dans la littérature, hormis ces adaptations matériels. Le fait de construire et d'équiper le pays de structures de soin et de réhabilitation est alors très rarement considéré comme une option réaliste du fait du manque de moyen (34) et leur absence peuvent amener alors à une modification de la prise en charge, où les thérapeutes et les études sur le sujet rapportent alors la possible impuissance du soignant à réaliser le soin comme il le voudrait ou comme il en a l'habitude.

obstacles environnemental et climatique :

-obstacles de la position du patient par rapport aux soins :

- Former des personnes sur place : Que ce soit les familles ou l'entourage, si on peut avoir accès à des personnes qui pourront s'occuper du patient en l'absence de professionnels de santé, ou du moins surveiller son installation et tout type de complications et faire de l'entretien avec la personne. L'idéal énoncé ayant été de former des simili-professionnels de santé, bien que cette option ne soit parfois par considéré comme réalisable dans tous les lieux (34). Mais comme le suggère la plupart des « recommandations », l'aide à long terme passe avant tout par le fait de former et d'informer les personnes sur place (13,24,28,32,39)
- Aller voir les patients chez eux : cette option dépendant bien évidemment du temps dont dispose le thérapeute et de ses propres moyens, mais aussi de l'accord du patient et de l'entourage. Mais elle permet à ce dernier de voir dans quel milieu va se développer le patient , de se rendre compte de quels sont les facteurs externes , obstacles comme ressources.

-Conditions climatiques (+altitude) :

- Observer les habitudes et méthodes locales : Les personnes vivants dans cet environnement ont eu le temps de développer des stratégies d'adaptations
- Prendre le temps de s'habituer aux conditions : Si le thérapeute dispose d'assez de temps, prendre le temps de s'habituer aux conditions du milieu sans rentrer directement dans des participations trop actives permettrait de moins les subir par la suite. Comme par exemple pour le changement d'altitude pour le participant C : *« j'avais quand même besoin d'un petit d'adaptation à l'altitude ... et il a fallu rentrer dans le vif du sujet ! Vraiment au bout de trois semaines , j'ai failli m'écrouler ... »*

-Climat de guerre : Il n'y eut pas de réelle solutions ou hypothèses énoncées dans ce cas là. Les personnes ayant été dans ces milieux avaient alors énoncé le fait de se conditionner aux règles établies. Deux d'entre elles avaient alors énoncé l'importance de connaître la situation politique de son pays et son histoire, ainsi que le fait d'avoir de l'expérience et de l'autonomie pour ne pas se laisser déborder, mentalement et physiquement.

S'appuyer sur l'équipe (présent dans un entretien) permettrait à la personne de diminuer la charge mentale et de trouver parfois des solutions qui manquent, toutefois cette solution a été énoncée comme très limitée dans ces conditions, l'équipe elle-même subissant les conditions.

Aucune adaptation ou aide n'a pu être retrouvée n'a pu être retrouvée dans la littérature concernant le physiothérapeute, toutefois de manière plus générale le stress du soignant n'est pas quelque chose d'inconnu. F. Stiefel (49) rapporte alors les mêmes besoins que ceux sortis lors des entretiens : celui d'un accompagnement, par exemple de l'équipe envers la personne subissant le stress, ou encore de partir avec les ressources internes nécessaires, c'est à dire lorsque l'on est en accord avec soi-même, ce dernier soulignant bien que chacun ne dispose pas de la même résistance au stress professionnel

-Manque de moyen humain et Manque de prise en charge et de suivi :

- Information, sensibilisation et formation de la famille et de l'entourage (présent dans cinq entretiens) : Instruire la famille sur la pathologie et le handicap, sur les actions qu'elle peut mettre en place et sur ce que le patient peut faire permettra une prise en charge compensant en partie le manque de moyen humain. Le fait de former des simili-professionnels de santé ayant été énoncé à nouveau comme l'objectif atteignable le plus haut (ou formation complémentaire des professionnels déjà présents). Le participant E nous décrivait alors ces formations comme devant être adaptées aux interlocuteurs : *« et c'est pas un cours d'anat ou de sémio que tu vas donner, c'est des choses basiques hein, on va pas te demander de ressortir ton cours de sémio sur l'AVC avec la prévalence et caetera, non, pas du tout ! c'est : qu'est ce qu'il s'est passé ? Pourquoi ? Comment on va faire maintenant ? Et en fait cette sensibilisation, elle est tout autant importante auprès de la famille, de l'entourage et caetera, que des professionnels de santé, parce qu'en fait chez les professionnels de santé aussi, il y a pas mal de méconnaissances et de croyances »*

Presque tous parlent de l'importance d'impliquer la famille, son implication pouvant varier selon les lieux, les cultures et les moyens. L'entourage est parfois mobilisable mais encore une fois, si leur propre situation le permet : *« si il n'y a*

pas un financement , c'est difficile d'espérer avoir du bénévolat de la part des personnes sur place qui ont déjà du mal à joindre les deux bouts »

Cette action de formation est corrélée avec celle pour lutter contre les méconnaissances des gens. Les personnes informées auront moins d'attitude négative vis-à-vis de la personne atteinte mais également des actions positives telles que l'entretien, voir l'amélioration de leur capacité et de leur qualité de vie.

Le thérapeute pourra donc ainsi se diriger vers une rééducation et une rééducation basée sur la famille et/ou sur la communauté (34,50), comme le décrivait le participant A pendant son entretien :*« montrer à une grand-mère comment habiller l'enfant plus facilement , qui est extrêmement raide , quelques petites astuces pour s'habiller , les manœuvres de relâchement , montrer que si il est vraiment très raide on pouvait les mobiliser tout doucement , ça on le montrait à tous les membres de la famille qui étaient présents , chose qu'on ne fait pas forcément en France »*

- Mener des campagnes de santé publique et de sensibilisation dans le pays(présent dans deux entretiens) : Beaucoup de patients arrivant dans un état extrêmement avancé de leur pathologie car n'ayant pas eu de bilan et de suivi. Les personnes concernées ne savent alors pas nécessairement en quoi consistait la pathologie, n'amenaient alors pas nécessairement la personne voir des soignants et pouvait alors isoler une personne et l'aliter alors que le mouvement pouvait être requis (exemple du patient Post AVC ou de l'enfant avec Paralysie cérébrale où la famille ne sait pas ce qu'il a va le rendre inactif et l'aliter)
- L'échange de pratiques avec les professionnels de santé présents(présent dans quatre entretiens) : permettrait l'amélioration de la prise en charge des professionnels de santé présents et également du physiothérapeute expatrié
- Le physiothérapeute expatrié réalise les soins(présent dans tous les entretiens, chacun d'entre eux ayant réalisé des prises en charge en PED) : Réaliser des soins sans former le patient et son entourage n'est pas considéré comme une solution de long terme. Le patient doit s'autonomiser le plus possible avec son entourage dans sa prise en charge, sachant que le physiothérapeute expatrié n'est

en général que pour un temps limité. La question se pose alors de savoir que restera-t-il après notre départ ? Le fait de juste soigner n'auraient-ils pas juste rendus les patients dépendants de notre présence ? Le thérapeute doit réfléchir sur le long terme, chacun des physiothérapeutes interviewés s'accordent sur ce point, il faut rendre le patient et la famille acteurs de leur santé.

- Sortir de son champ de compétence (présent dans deux entretiens) : Bien que les personnes handicapées dans les pays en développement nécessitent souvent tout type de soignants, leur absence est souvent présente (34) et peut amener le physiothérapeute à devoir faire des actes non compris dans son champ de compétences, d'où l'importance de bien observer les autres professionnels de santé avant de partir en PED, comme le souligne un des physiothérapeutes. (13)

Les personnes ont alors précisé qu'ils informaient bien les patients et leur entourage qu'un autre métier existait pour ces actes et que ce n'était pas le leur à la base.

Comme dit précédemment, les entretiens rejoignent la littérature dans le fait que le soin direct n'était pas la solution principale et pouvait créer une dépendance du milieu au thérapeute. L'action pouvant être mise en place par le thérapeute étant reconnue comme les plus pertinentes à long terme étant l'information du patient et de l'entourage sur les actions qu'ils pouvaient mener, l'échange de compétences avec les soignants locaux. Le but étant d'impliquer la communauté afin de les rendre acteurs et auteurs de leur bien-être, et d'amener ainsi la meilleure prise en charge des personnes handicapées et leur inclusion (13,24,28)

-Manque de moyen matériel

- travailler sur du local(présent dans cinq entretiens) (13,24,28,51)
 - trouver le matériel sur le lieu : S'aider des personnes comme les autres professionnels pour avoir leur localisation, ou prendre un temps pour les trouver soi même. Le thérapeute peut également s'inspirer de ce qui se trouve souvent dans la maison du patient.

- Utiliser des livres ou autre ressources bibliographiques : des livres tels que « l'enfant handicapé au village » montre comment créer des aides techniques dans un milieu en utilisant uniquement les ressources locales.
- S'aider des travailleurs locaux : En montrant ce qu'on veut faire à des travailleurs locaux comme des artisans et en leur montrant nos objectifs, ces derniers peuvent aider à la construction d'aides techniques. Deux des personnes interviewées, utilisaient notamment des photocopies, des images pour montrer ce qu'elles désiraient : *« on peut trouver un menuisier pas cher , qui travaille bien , lui montrer des croquis ou des photos , il comprend bien »*
- Adapter l'aide technique à la personne et au milieu : Dans certains lieux, certains fauteuils étaient disponibles par des dons d'associations, mais juste en taille adulte. Il était donc nécessaire de modifier les fauteuils pour des enfants trop petits pour le fauteuil sans adaptation (exemple : rajouter des mousses dans le siège).

Le participant A a également cité le fait que l'aide technique dont nous avons l'habitude ne sera pas forcément adapté au milieu, d'où l'importance de connaître auparavant où la personne va vivre.

Un des thérapeutes rappelle toutefois de ne pas oublier qu'il existe parfois des équipements à l'endroit où on travaille, et/ou qu'il peut y en avoir dans un centre , un hôpital ou autre.(34) toutefois ces équipements sont également parfois inaccessibles pour les patients qui en ont besoin à cause du manque d'argent et/ou de la distance.

Comme dit précédemment, dans la partie obstacle, le manque de matériel n'est pas considéré comme un obstacle immuable, mais plus comme un changement de manière de voir et d'agir de la part du thérapeute. Exception faite du matériel technique complexe comme les appareils d'aide respiratoire où il n'y a pas eu de réelles adaptations notées(34).

Le fait de travailler en local en impliquant également l'entourage et les artisans du lieu se retrouve également dans la littérature(13,24,28,51) . On y retrouve les mêmes conseils qui sont de trouver les différentes ressources sur le lieu, en s'aidant des différentes ressources humaines. Ces derniers vivants dans le milieu souvent depuis plus longtemps que le thérapeute expatrié pourront avoir une meilleure connaissance des matériaux à disposition, de où les trouver et de quels seront les obstacles à leurs utilisations (comme le fait de ne pouvoir utiliser un fauteuil roulant sur du sable(51))

-Manque de moyen financier :

Pour cette obstacle, il n'y eu pas de réelles actions spécifiques menées en tant que physiothérapeute, ni dans les entretiens ni dans la littérature mais plus sur les conséquences de cet obstacle, tels que ceux énoncés auparavant. Toutefois certains physiothérapeutes ont pu rappeler la présence d'actions menées par les associations en parallèle, pour permettre aux personnes d'accéder aux examens et aux soins, d'où l'importance de la communication entre les différents acteurs qui fonctionnent dans le milieu.

-Obstacle temporel

Le premier conseil donné a été de rester un temps assez grand pour fournir tout le soin possible et pour pouvoir avoir un impact sur la population, sur les patients. Toutefois aucun n'a énoncé de réel temps à partir du quel on peut être efficace. Seulement un d'entre eux a énoncé le fait que même six mois était un temps très court dans le monde de la rééducation. De plus le temps de séjour dans un lieu est souvent conditionné par l'ONG (si une est responsable de l'envoi d'expatrié) et par le thérapeute, on peut donc déduire qu'il est donc difficile d'émettre des hypothèses d'adaptations sur le temps que chacun devra passer dans le pays.

En comptant que le fait de rester longtemps permettrait de mieux assimiler la culture du pays et d'apporter le maximum, la plupart des thérapeutes ont noté que la possibilité de rester plus longtemps permettrait d'apporter plus de choses mais n'était pas toujours envisageable. Il faut alors mettre en place d'autres adaptations :

- Former et échanger avec la famille et l'entourage(présent dans cinq entretiens) : Comme dit pour les autres obstacles, il faudrait autonomiser les personnes concernées afin qu'elles ne soient pas dépendantes de notre présence. Que ce soit le patient, l'entourage ou même des professionnels de santé. (13,24,28,39,51)
- Prioriser et accepter de ne pas réaliser selon les « guides de bonne pratique » : parfois un patient ne pourra rester qu'un temps relativement court et ne pourra plus suivre de soins car rentrant chez lui. (44)
- Trouver une personne ressource : Trouver un élément moteur sur le terrain qui pourrait transmettre les connaissances et qui pourraient opérer un suivi entre les différents expatriés se suivant (51).

Divergence d'objectifs

- Connaître les besoins du lieu et des personnes, leurs particularités avant d'établir ses objectifs : Chacun des physiothérapeutes s'est accordé pour dire qu'une des choses à ne pas faire est d'arriver avec ses objectifs et de ne pas prendre en compte ceux des patients, de l'entourage et de la structure. Partir de leurs objectifs et de ce qui leur semble acceptable permettrait d'obtenir plus facilement une adhérence aux suggestions. Des missions d'évaluation sont mises en place en général auparavant par les ONG pour établir les besoins. On retrouve cette nécessité dans l'étude de M. Norris (33), où il expose que le thérapeute devra connaître les objectifs de la structure, des patients et de l'entourage avant de vouloir amener les siens.

Selon deux des thérapeutes, il arrive toutefois que parfois les objectifs ne correspondent vraiment pas et que le thérapeute ne puisse rien y faire. Les aides les plus présentes dans ces entretiens ayant été l'éducation thérapeutique ainsi que le fait de montrer du concret aux personnes pour qu'elles puissent voir l'utilité de nos objectifs.

-Être un nouvel arrivant d'un nouveau pays :

- s'appuyer sur des travailleurs locaux(présent dans quatre entretiens)(24) : se faire introduire et présenter la situation par une personne y travaillant a été énoncé comme étant nécessaire selon certains des physiothérapeutes, et pour d'autres cela a été énoncé comme une aide importante.

Les travailleurs locaux n'étant pas forcément des professionnels de santé : Un des physiothérapeutes ayant justement eu l'aide de travailleurs sociaux pour obtenir des informations et pour aller au devant des patients. De plus, un des physiothérapeutes souligne le fait que cet acte permettrait également une intégration sociale, qui serait également nécessaire pour la personne, en tant que thérapeute et tant que personne.

- Prendre un temps d'intégration à l'arrivée dans le pays (présent dans trois entretiens)

Représentation du thérapeute

Il n'y eu pas de réelles adaptations évoquées, mais plus des préparations telles que partir une fois que le thérapeute se sent assez bien formé, avec assez d'expérience pour pouvoir travailler dans un contexte qu'il ne connaît pas. Deux des physiothérapeutes ont d'ailleurs énoncé de ne pas avoir de problèmes avec soi même et de se connaître bien comme une aide permettant de s'adapter plus facilement à ce que l'on peut voir , à l'accepter plus facilement

-Le manque d'expérience

Prendre le temps, avant de partir, de pratiquer dans un contexte qui ne représente pas d'obstacles, comme énoncé dans le chapitre préparations.

-La politique du pays

Les seules actions possibles retrouvées dans les entretiens ne concernent que les conséquences de cet obstacle, et sont celles énoncées précédemment. Aucune étude trouvée ne permettant de déduire des adaptations possibles du thérapeute concernant ce sujet

6 Discussion

6.1 A propos de la méthode

L'objectif de ce mémoire de recherche était de dégager des points communs dans les obstacles ressentis par les physiothérapeutes concernant leur pratique en développement, ainsi que dans leurs préparations et leurs adaptations. Les hypothèses émises étaient alors que les contraintes aux soins peuvent être causées directement par le milieu, par l'absence de moyens disponibles mais également par son influence sur la pensée humaine (culture, absence d'éducation...) et qu'afin d'être le plus apte à réaliser un soin, le thérapeute devra s'informer au maximum auparavant sur les possibles contraintes imposées par le milieu ce qui nécessitera en premier lieu des recherches avec notamment l'utilisation d'internet mais surtout en réalisant un échange avec tous les acteurs possibles de ce milieu. Et ce surtout avec le patient.

La méthode des entretiens semi-directifs a été utilisée car permettant d'aborder un domaine subjectif, sur comment les physiothérapeutes ont perçu et interprété la pratique de la physiothérapie dans un contexte donné. Ces personnes ont déduit que ces facteurs étaient des obstacles et en ont conclu des adaptations, Les déductions n'étant que des hypothèses., donc par définition ça ne veut pas dire qu'elles sont entièrement fiables. C'est également un moyen de recherche adapté pour un sujet comme celui-ci, où très peu de littérature et encore moins française existe.

La construction du guide d'entretien s'est basée autour de questions ouvertes permettant aux physiothérapeutes interviewés d'évoluer librement dans le sujet et d'apporter des informations susceptibles d'être nouvelles, même pour la littérature. Des questions de relance étaient prévues mais se devaient d'être assez générales pour ne pas trop influencer la réponse de la personne interrogée.

L'analyse a été réalisée en divisant les réponses en thème principaux et en sous thèmes. Les réponses étaient ainsi assemblées pour faire ressortir les obstacles qui apparaissaient le plus souvent dans le discours des physiothérapeutes, ainsi que les préparations et adaptations possibles

L'étude ci-présente a pu alors être sujette à plusieurs biais (52,53):

- Des biais d'investigation : Lors des entretiens, le chercheur étant en face des personnes entretenues, pouvaient, de façon inconsciente influencer la réponse de ces dernières. Une des difficultés étaient lors des reformulations faites par le chercheur pour confirmer l'interprétation de ce que voulaient dire les personnes. Ce biais a été en partie atténué via le guide d'entretiens, se servant de questions bien définies auparavant et de relances possibles pour compléter l'entretien de la personne.
- Des biais de mémoire : chacun des participants relatant leur expérience passée, il est possible que des oublis soient présents et amènent des manques. Bien que les personnes aient eu accès à un temps de préparation pour préparer leurs réponses et se remémorer leurs expériences, ce biais n'est pas exclu.
- Des biais de désirabilité sociale : La personne peut-être tentée de ne citer que les aspects de valeurs la concernant, cherchant à montrer une image positive d'elle-même. Elle pourra ainsi passer à côté d'éléments ne la mettant pas en valeur.
- Des biais d'interprétation : Entre la manière dont le thérapeute interviewé a perçu son expérience et ses particularités et la façon le chercheur a pu interpréter les réponses, il peut exister un biais. Ce biais a été en partie atténué par des reformulations lors des entretiens pour confirmer certaines des idées qui pouvaient être mal comprises. Il y eut également la retranscription mot pour mot de l'entretien couplé permettant de relire l'entretien et de mieux l'interpréter.
- Des biais de recrutement : La plupart des physiothérapeutes interrogés travaillant en Bretagne, on peut difficilement les généraliser à tous les physiothérapeutes de France, ou encore plus à tous ceux venant de pays développés. Ce biais a été atténué par le fait que la plupart des physiothérapeutes interviewés n'ont pas travaillé que en Bretagne.

- Biais d'échantillonnage : Le nombre d'entretiens n'a pas permis d'atteindre la saturation théorique dans les réponses des participants (54). Toutefois ce biais a été atténué par la comparaison des résultats avec d'autres articles.

6.2 Les obstacles : internes et externes

Durant leurs entrevues, les six physiothérapeutes nous ont rapporté, selon leurs expériences en PED, ce que eux ont ressenti comme obstacles dans leur pratique dans ces contextes. Ils ont également ajouté ce qui leur semblait nécessaire et/ou utile comme préparation pour pouvoir apporter le maximum d'efficacité et comment pouvoir s'adapter une fois sur place aux différents obstacles et freins de leur pratique.

Les résultats sortis avec le plus de récurrences entre les différents entretiens peuvent ainsi être considérés comme des consensus. Toutefois les réponses données moins souvent, c'est à dire même celle énoncées juste par une seule personne, ne doivent pas être considérées comme des réponses fausses. Les réponses dépendent de paramètres personnelles mais également de paramètres environnementaux, chacun n'étant pas allé dans les mêmes pays. De plus comme dit précédemment, un biais de mémoire est présent et pouvait affecter alors de discours de certains, les empêchant d'aborder certains sujets qui auraient été concordants avec d'autres entretiens. C'est pourquoi, dans les résultats, chacune des réponses a été abordée, car présentant toujours une probabilité d'être rencontrée, ou d'avoir une utilité concernant les préparations et les adaptations.

Dans les résultats principaux, nous pouvons considérer que les réponses se sont divisés en thèmes clefs : les obstacles ressentis par les physiothérapeutes, les préparations et l'adaptation au milieu.

6.2.1 Facteurs internes ?

Les premiers obstacles seraient ceux internes aux physiothérapeutes. Ces derniers pourraient alors se retrouver face à la difficulté d'arriver dans un nouveau pays et face à de nouvelles personnes. Le premier obstacle rencontré serait celui de la barrière de la langue, empêchant ainsi les thérapeutes de communiquer comme ils le souhaitent. Puis venant d'un autre pays, ils auraient également affaire avec une nouvelle

culture, où les manières de vivre et les manières de penser ne sont pas nécessairement les mêmes. Le fait de s'immerger alors dans une nouvelle culture seraient considéré comme un obstacle à leur pratique, ne leur permettant pas d'agir comme ils en avaient l'habitude.

Le fait d'arriver dans un nouveau pays semblerait nécessiter ainsi un temps d'acclimatation pour le thérapeute selon les personnes interrogés. Les thérapeutes interrogés avaient ainsi ressenti comme obstacle le fait de ne pas nécessairement connaître le lieu avant d'arriver, donc où se trouvait les ressources et les personnes, de ne pas connaître les personnes sur place, donc de ne pas connaître leurs objectifs et eux de ne pas connaître le thérapeute et son métier, de ne pas être acclimaté aux conditions du pays (température, altitudes...).

Puis, dans les obstacles à la pratique, ces derniers ont également rapporté l'absence d'accès à l'information, rencontrant de nouvelles pathologies et ne pouvant pas nécessairement faire des recherches pour en savoir plus.

Humphreys (24) et Bourke-Taylor et Hudson (55), ayant réalisé des entretiens et des retours d'expérience de physiothérapeutes venant de pays développé, rapportent des obstacles similaires chez ces thérapeutes ayant été travailler en pays en développement. En nommant ces obstacles « barrières de la pratique », ils rapportent également la frustration qu'ont ressentis les thérapeutes à ne pouvoir s'exprimer facilement avec les personnes ne parlant pas la même langue qu'eux et le challenge que représentait le fait de s'adapter à une nouvelle culture.

6.2.2 Facteurs externes

Suite à ça, il semblerait que si les premiers obstacles étaient propres aux thérapeutes et à leur rapport avec le nouveau pays, alors les suivants ont été ceux propres au pays, les facteurs externes.

Les barrières propres aux pays ressorties dans les entretiens ont été pour la plupart le manque de moyen sur place :

Matériels : essentiellement concernant le matériel spécifique complexe tels que les appareils respiratoires. Le matériel tel que les aides techniques serait également souvent absent mais compensable avec des ressources locales présentes. Les thérapeutes le percevraient ainsi plus comme un changement de manière de faire que comme un obstacle immuable

Structures adaptées : un environnement inadapté de par l'hygiène, l'accès à l'eau, l'accès à des salles pour des soins individuels, etc.

moyen humain : absence ou manque de professionnels de santé permettant les soins adaptés aux personnes vivant dans le pays. Les professionnels présents n'ayant parfois pas accès à des formations adaptées et continues. Un manque d'aide humaine pourrait également être présent dans l'entourage, selon les physiothérapeutes, et encore plus si l'entourage a déjà du mal à subvenir à ses propres besoins ou si il possède des croyances et/ou attitudes négatives.

Accessibilité : Le lieu du patient pourrait l'amener à ne pas pouvoir recevoir de soin, soit par une trop trop grande distance, soit par des obstacles physiques infranchissables inadaptes pour ce dernier

Économique : Le manque de moyen économique du patient et de l'entourage ne leur permettrait pas d'avoir accès aux soins, aux bilans et aux conseils adaptés. Pas seulement de la part des physiothérapeute, mais également de la part des autres corps de santé.

Accès à l'information : Que ce soit par l'état (message de santé publique), les thérapeutes ou encore par internet, le patient et l'entourage comme la communauté dans laquelle il vit pourraient ne pas avoir accès à des informations, à une sensibilisation concernant le handicap et pourraient ainsi avoir des méconnaissances amenant ainsi à des attitudes négatives, pouvant aller de l'absence de soins et d'activités chez le patient jusqu'à son exclusion, en passant par le refus de physiothérapie.

Politiques : Facteur énoncé par l'OMS comme pouvant être la base des précédents.(1)

Ces obstacles amèneraient ainsi la personne également à un manque de prise en charge et de soin, faisant que le physiothérapeute expatrié pourrait se retrouver face à des patients étant dans des conditions de dégradation extrême de leur pathologie

Ces obstacles propres aux pays se retrouvent en partie également dans l'étude de Humphreys (24), cette dernière rapportant le manque de ressources, les attitudes culturelles, les stigmatisations et la pauvreté comme gênant l'atteinte des objectifs des physiothérapeutes.

On peut donc supposer que les obstacles de la prise en charge chez le physiothérapeute ne sont pas nécessairement que ceux du geste technique de ce dernier (bien qu'ils puissent exister) mais seraient plutôt en fait les challenges (24) gênant l'objectif du thérapeute, à savoir la bonne santé du patient. C'est à dire sa capacité à fonctionner dans sa communauté, passant ainsi par la prise en charge de la déficience, de la limitation et de la restriction, en prenant en compte les facteurs environnementaux et les facteurs personnels.

On peut donc comprendre pourquoi on y retrouve les barrières qui contribuent aux handicaps, définies par l'OMS : les politiques et normes insuffisantes, les attitudes négatives, les insuffisances des services, la prestation des services inadaptée, les financements insuffisants, le manque d'accessibilité, l'absence de consultation et de participation ainsi que l'insuffisance de données et de bases factuelles.

Afin de prendre la personne en charge, l'OMS conseille également de prendre connaissance de chacun des obstacles qui pourront influencer dans leur ensemble la prise en charge du patient et de le voir lui même sous le modèle de la CIF. Selon l'OMS, connaître ces détails permettraient de mieux lutter contre ces obstacles et d'amener ainsi le plus possible le patient vers son inclusion.

En dernier obstacle, lié au pays, au thérapeute mais également à la structure engageant le thérapeute, ce dernier pourrait également avoir affaire à un manque de temps, ne pouvant ainsi avoir accès au patient que pendant un temps parfois trop court. Le manque de temps pouvant être du fait du thérapeute et/ou du patient.

L'ensemble de ces obstacles pourrait souvent amener à une impuissance chez le physiothérapeute, engendrant ainsi un stress supplémentaire à ce dernier. Humphreys (24) rapportant également que les problèmes étaient souvent trop vastes, trop avancés pour qu'ils aient un réel impact avec leurs soins.

6.3 La préparation, une aide à la prise en charge

En regardant les résultats des entretiens, il semblerait qu'afin de se préparer le plus possible aux différents challenges de la pratique en PED, il n'y ait pas spécifiquement de formations recommandées par tous les physiothérapeutes.

Il existerait toutefois un intérêt dans celle de l'éducation thérapeutique pour la moitié d'entre eux. Cette formation permettrait d'apporter une grande aide au thérapeute dans sa prise en charge avec le patient mais également avec l'entourage et les professionnels de santé. Cette formation semblerait correspondre aux objectifs des thérapeutes interrogés qui souhaitaient autonomiser les patients et leur entourage. Cette formation aiderait le kiné à sensibiliser le patient et son entourage à la situation, à lui faire prendre conscience des enjeux et de construire avec lui les objectifs de leur collaboration comme le décrit l'HAS (56).

Suite à ça, la formation énoncée comme étant la plus utile par tous les participants est l'expérience. C'est à dire la pratique de la physiothérapie dans différents contextes, allant de la pratique en PED à la prise en France. Elle passe également par d'autres actes hors physiothérapie, tels que les voyages et le travail en association. Elle permettrait au thérapeute d'être plus adaptable face aux inattendus retrouvés par les thérapeutes en PED. Barrette, Jutras et Côté (2012) (28) rapporte également cette tendance des thérapeutes avec expérience a mieux s'adapter au manque de ressources et aux inattendus dans la pratique en PED, toutefois aucune étude ne fût trouvée concernant l'importance et la démarche de la préparation avant d'aller travailler en PED en tant que physiothérapeute diplômé.

Enfin, selon l'ensemble des thérapeutes interrogés, le soignant souhaitant travailler devrait effectuer des recherches sur le pays avant d'y aller. Les recherches comprenant ainsi l'histoire du pays, les conditions géo-politiques, la culture du pays, l'environnement (exemple : en altitude ? Avec quelle température?), le système de santé ainsi que sur les aspects de la prise en charge : quels sont les objectifs de personnes là-bas ? Les pathologies ? Les prises en charge ? Dans quelle structure ?

On peut donc comprendre que le thérapeute devrait, selon les participants se renseigner sur les conditions de prise en charge. Les recherches devraient donc également se baser sur les possibles obstacles du changement de milieu, et donc ainsi sur les facteurs internes (changement de langue, de culture...) et sur les facteurs externes (spécificités du pays et des habitants) définis auparavant afin de prendre le patient dans sa globalité.

Pollard (57) rejoint le point de vue commun des entretiens en insistant sur l'intérêt, voir la nécessité, de réaliser des recherches sur les conditions de prise en charge en PED, d'obtenir des informations auparavant sur les visions du handicap et sur les cultures présentes dans le pays.

6.4 Les adaptations

Afin de répondre aux différents obstacles et challenges rencontrés dans la pratique en PED, le thérapeute pourrait se soumettre à différentes adaptations

6.4.1 La communication

Tout d'abord au niveau de la communication. La langue parlée par le patient ou par l'entourage n'étant pas nécessairement la même que celle du thérapeute. Afin de pouvoir communiquer avec ces derniers, les participants aux entretiens ont évoqué différents moyens. Selon ces derniers, le soignant pourrait s'adapter avec les moyens humains présents sur le terrain tels que des interprètes internes ou externes à la famille.

Kee, Sullivan et Lansbury (2006) (31) rapportent également que cette solution pourrait être la plus simple à mettre en place lorsque les ressources seraient présentes, toutefois cette méthode peut parfois présenter des biais lors de la traduction. La préparation au préalable des traductions avec l'interprète, en s'aidant de supports pédagogiques pourrait diminuer ce biais.

Parfois, ces ressources n'étant pas disponibles, le thérapeute devra s'adapter afin de communiquer avec ses interlocuteurs. Ainsi, il pourrait, selon les participants des entretiens, communiquer par langage corporel, le para-verbal, et en montrant du concret aux interlocuteurs. Barrette, Jutras et Côté énonce également ces possibilités, en rajoutant qu'ils communiquaient également via un anglais simplifié (28)

La multitude de possibilité énoncée, sans que aucune ne paraisse entièrement fiable ou supérieure à une autre, laisse à penser que le thérapeute pourrait mettre en place la plupart d'entre elles pour communiquer, selon les ressources et selon les résultats de ces techniques sur le terrain.

6.4.2 La compétence culturelle

Les participants ont décrit la compétence culturelle comme le fait de prendre en compte les différentes croyances culturelles, comme celles sur les représentations du handicap et de la santé, des différents acteurs influençant la prise en charge et ses objectifs (donc le patient mais également l'entourage).

Prendre en compte ces attitudes, ces croyances et ces objectifs possiblement différentes des nôtres permettrait ainsi, selon les participants, d'adapter ses objectifs et ses pratiques afin d'obtenir plus facilement l'adhérence du patient et de son entourage. Le fait de les négliger pourrait amener jusqu'à un refus des soins de ces derniers. Le thérapeute devrait donc ainsi proposer des soins, des adaptations et des explications qui soient acceptables par le patient et possiblement par son entourage.

Afin de correspondre à ces différentes attentes et d'être le plus apte à comprendre ces dernières, L'immersion dans le le milieu de vie et la culture serait le moyen le plus adapté selon les thérapeutes. Ainsi en étant ouvert au différentes manières

de penser et en prenant le temps de découvrir les manières de vivre pendant un temps , le thérapeute serait plus à même de prodiguer des soins et des conseils adaptés

Humphreys (24) s'accorde avec la nécessité de partir avec l'esprit ouvert, et d'accepter de modifier ses prises en charge (sans toutefois renier ses propres croyances) afin de correspondre à de nouvelles priorités. L'immersion dans la culture en participant aux différentes activités locales permettraient ainsi de communiquer avec les locaux pour les impliquer dans la prise en charge, et ainsi d'avoir accès à différentes ressources tels que le matériel sur place et le savoir-faire locale.

6.4.3 Partir du local

Ainsi afin de correspondre aux différents manques de ressources , les participants ont identifié le fait d'impliquer les personnes locales comme étant un moyen permettant de répondre en partie à ce manque. Les locaux connaissant le lieu pouvaient savoir ainsi quels pouvaient être les obstacles à l'inclusion de la personne mais surtout où se trouvaient les moyens d'y répondre. C'est dire par exemple où se trouvaient les différents matériaux nécessaires pour la construction de matériel de physiothérapie (exemple : aide technique)

De plus, partir du local permettrait d'impliquer la communauté comme le suggère Humphreys(24) permettrait ainsi de proposer des aides plus adaptées et de montrer du concret à ces derniers. Le fait de les autonomiser permettrait ainsi de combler en partie le manque de ressources et ainsi de ne pas les faire dépendre de notre présence, le thérapeute ne représentant, dans les entretiens, qu'une aide avec laquelle la population va faire un échange afin de se diriger vers une indépendance(39)

6.4.4 L'échange, l'information, et la formation

Les thérapeutes ont donc statué sur le fait que le moyen le plus adapté afin de répondre aux différents obstacles était d'échanger avec les personnes vivant dans le PED, que ce soit les professionnels de santé, la communauté ou le patient.

Dans un premier temps, le fait de les informer avec des exemples concrets, en s'adaptant à la culture et à la langue comme énoncé précédemment afin de lutter contre les méconnaissances et les attitudes négatives. Et ce concernant même la pratique de la physiothérapie, c'est en échangeant sur ce que les thérapeutes peuvent apporter que l'adhérence pourrait s'obtenir. Une des raisons de non-consultation, en pays en développement étant parfois en grande partie la non connaissance de la physiothérapie. (58) comme le souligne Igwesi-Chidobe.

Ensuite le fait de former les familles et l'entourage permettrait ainsi de développer avec eux les conduites à tenir, le thérapeute ne pouvant parfois rester qu'un court temps avec ces derniers. Échanger avec les professionnels de santé permettrait également d'autonomiser la communauté, les formations de soin n'étant pas forcément accessibles, ou complètes comme l'évoque Flory (2009) (39)

On peut donc émettre l'hypothèse qu'un apport ne peut être durable que en passant par l'information et l'implication du patient et/ou de l'entourage (et donc par l'échange avec ces derniers, on ne vient pas imposer ses objectifs (24)). Les facteurs personnels et externes ayant leur impact sur les objectifs du patient, de l'entourage. et du soignant(7).

On retrouve alors l'objectif des Organisations Non Gouvernementales telles que Kinésithérapeutes Du Monde. Les missions de développement visant à la sensibilisation et à la formation des communautés vis à vis du handicap et ce également auprès des différents corps de santé présents. Par cette sensibilisation, l'objectif de ces ONG serait le développement de l'inclusion des personnes handicapées , commençant par de la prévention jusqu'à la mise en place d'un environnement adapté(13)

6.4.5 « Accepter de ne pas sauver le monde » ?

Les thérapeutes interrogés ont parfois exprimé une frustration quand au fait de ne pas pouvoir appliquer les soins tels qu'ils estimaient optimale, que ce soit par un manque de ressources, de temps ou encore par des objectifs ou croyances différentes.

Afin de résoudre ces différents obstacles, l'OMS décrit dans son rapport mondial sur le handicap (1) que des actions à grande échelle concernant l'égalité des chances chez les personnes handicapées ne passeront que par des réformes des lois, des politiques et des systèmes de prestation. Et ainsi que le thérapeute ne pourra que rarement modifier entièrement les obstacles à sa prise en charge et devra donc accepter de ne pas toujours réaliser les prises en charge, comprenant soins, conseils et réadaptation, comme lui ou la littérature considère comme optimales(24),

L'aspect de l'adaptation de la manière d'être, bien qu'évoquée dans le guide d'entretien, n'a été que peu décrit dans la plupart des entretiens. Les thérapeutes évoquaient alors la nécessité d'être motivé pour fonctionner dans ce contexte, toutefois aucun n'a réussi à décrire précisément comment ils adaptaient leur manière de penser, déclarant que cela se faisait sans doute inconsciemment

6.5 Recherches futures

Cette étude était une étude de faible amplitude, réalisée avec peu de participants pour réaliser des conclusions et des généralités s'appliquant à tout type de prise en charge en pays en développement. Ainsi un plus grand nombre de participants aurait été plus représentatif.

Toutefois cette étude qualitative a permis de faire une première approche exploratoire des expériences de physiothérapeutes français ayant exercé en PED. La similarité entre la plupart des résultats obtenus, que ce soit entre les différents entretiens ou en les comparant à la littérature, laisse penser à un consensus concernant au moins une partie des obstacles et des adaptations à tenir. Ainsi on peut conclure que les obstacles rencontrés par les thérapeutes dans la pratique en PED suivent sensiblement les mêmes lignes. C'est à dire qu'ils rencontrent des obstacles internes causés par le changement de pays et de culture et des obstacles externes causés par les particularités du pays et de la population. Et même au sein de ces thèmes, des obstacles plus précis se retrouvent dans les entretiens et la littérature.

Pareillement pour les adaptations mises en place (les préparations ne faisant référence qu'à très peu de littérature), on retrouve des équivalences dans les entretiens et

dans la littérature. Notamment au niveau de l'adaptation à la culture et aux objectifs des personnes visées, ainsi que sur le fait de s'appuyer sur des aides locales afin de combler le manque de ressources, en cherchant à éloigner les croyances et attitudes négatives vis-à-vis du handicap et à autonomiser les patients par l'échange, la sensibilisation et la formation.

Cette étude permet ainsi de confirmer un peu plus les études portant sur le sujet. Ces dernières n'existant qu'en faible nombre et ne se présentant que rarement à partir de physiothérapeutes français.

Toutefois ces études, y compris cette dernière, ne se sont ciblées en grande partie que sur des retours des physiothérapeutes. On peut donc qu'émettre l'hypothèse de l'utilité de ces adaptations dans les résultats de la prise en charge. Une étude ciblant l'impact de ces thérapeutes expatriés du point de vue des personnes vivant dans les PED permettrait ainsi de compléter ces études. Cela permettrait de montrer l'intérêt de ces pratiques et de leurs adaptations. Une telle étude, qui ciblerait par exemple un pays spécifique, permettrait de faire en relation avec la mission d'une ONG, l'évaluation de son action et son amélioration future.

Cette étude pourrait également être complétée en effectuant des recherches spécifiquement sur la préparation des physiothérapeutes, très peu d'études portant sur le sujet. L'impact de l'expérience serait ainsi une recherche intéressante concernant la pratique en PED. Ainsi dans un premier temps, il serait intéressant de définir l'expérience en plus approfondi : savoir si seule la pratique dans différents milieux a un réel impact et dans quels domaines ? Ou si des expériences diverses, même en dehors de la physiothérapie seraient tout aussi bénéfiques au développement du thérapeute en tant que professionnel.

Enfin, cibler différents aspects de physiothérapie, différents types de prises en charges dans des pays spécifiques permettrait d'être plus précis et en plus de confirmer ou non si les adaptations et les obstacles analysés dans ce mémoire se retrouvent dans tout type de pratique en PED.

7 Conclusion

Actuellement, la plupart des organisations non gouvernementales envoyant des physiothérapeutes en pays en développement mettent en place essentiellement des missions de développement. C'est à dire des missions où les thérapeutes envoyés se concentrent non pas sur la prise en charge direct des patients, mais plutôt sur des missions à long terme où l'objectif va être la formation de professionnels locaux. Toutefois afin de former des personnes à une pratique, il convient de se poser la question de comment le formateur, lui-même, aurait exécuté cette pratique. Savoir si la pratique de ce dernier pourrait-elle être confrontée à des obstacles face à ce nouvel environnement, le thérapeute passant d'un pays « développé » à un pays « en développement » ? Et si oui, en quoi doit-il la modifier afin de répondre aux objectifs de sa pratique ?

Dans ce mémoire de recherche, l'enquête qualitative a été mise en place afin de tenter de répondre à cette problématique. L'objectif était alors de déterminer, par le biais de diverses entretiens, quels pouvaient être les obstacles rencontrés par le thérapeute venant de pays développé (dans ce cas, la France) allant exercer la pratique de la physiothérapie en pays en développement. Et quels étaient alors les préparations et adaptations pouvant être mises en place afin de répondre aux objectifs de la pratique.

En réponse aux entretiens et en les comparant à la littérature, il semblerait que les obstacles rencontrés soient de deux types : ceux internes, venant du fait du changement de pays auquel se confronte le thérapeute et ceux externes, propres au pays et sa population. Il semblerait qu'afin de répondre à ces obstacles, le thérapeute devrait mettre en place diverses préparations au préalable ainsi que des adaptations sur le terrain. Les préparations les plus reconnues entre la littérature et les entretiens consistant dans la recherche sur les possibles obstacles du changement de milieu, et donc ainsi sur les facteurs internes (changement de langue, de culture...) et sur les facteurs externes (spécificités du pays et des habitants). Et pour les adaptations, pour ce qui semble être un consensus entre les entretiens et en comparant avec la littérature, le thérapeute devrait dans sa pratique prendre en compte la notion de compétence culturelle, travailler à partir du local et ainsi se diriger vers la sensibilisation et la

formation de la communauté. Cette étude permet de se rendre compte de l'importance de l'échange. Cela semblerait suggérer que sans connaissance préalable des conditions du patient, de son entourage et du pays, la prise en charge ne peut être optimale, et même parfois être refusée. Toutefois cette étude s'est essentiellement concentrée sur le point de vue du physiothérapeute. Il est donc possible de se poser la question de l'impact de ces pratiques, de savoir, du point de vue des personnes vivant dans les pays en développement ce que ces prises en charge apportent. Une nouvelle étude serait alors envisageable, prenant cette fois en compte le point de vue de ces derniers lors d'une intervention de physiothérapeutes venant de pays « développé ». On suppose que l'intérêt serait encore plus grand en évaluant ainsi les effets de ces adaptations à court et à long terme, permettant ainsi de se rendre compte de la pérennité des actions.

Bibliographie

1. Mondiale B, de la Santé OM. Rapport Mondial sur le Handicap. 2011;
2. Encyclopédie Larousse en ligne - pays en développement PED [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur:
https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/pays_en_d%C3%A9veloppement_/42908
3. définition de pays en développement [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur:
<https://www.glossaire-international.com/pages/tous-les-termes/pays-en-developpement.html>
4. PMA (Pays les Moins Avancés) — Géoconfluences [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/pma-pays-les-moins-avances>
5. Cnuced R. sur les pays les moins avancés. Nations-Unies: New York & Genève. 2010;
6. Constitution [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
7. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
8. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.
9. Organisation mondiale de la santé, Groupe de la Banque mondiale. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2015.
10. UHC service coverage index | Data [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur:
https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.SRVS.CV.XD?name_desc=false
11. Organisation mondiale de la santé et World Bank (2011). Résumé : rapport mondial sur le handicap. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Repéré à : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70671>.

12. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *The Lancet Global Health*. févr 2018;6(2):e152-68.
13. PRUNIER, C. (2012). « La kinésithérapie humanitaire : état des lieux, retour d'expérience et proposition d'outils informatifs et pédagogiques » [mémoire prprésenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute] Nancy- Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy 2011-2012.
14. World Health Survey (WHS) [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/whs/about>
15. Mathers C, Fat DM, Boerma JT, World Health Organization, éditeurs. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. 146 p.
16. World Health Organization. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation [meeting held in Geneva from 17 to 23 February 1981]*. 1981;
17. Kay, E., Kilonzo, C., & Harris, M. J. (1994). Improving Rehabilitation Services in Developing Nations: The proposed role of physiotherapists. *Physiotherapy*, 80(2), 77–82. doi:10.1016/s0031-9406(10)61012-7.
18. Tizio S. Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : La contribution des politiques de santé au développement durable. *Mondes en développement*. 2004;127(3):101.
19. *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles : Canada Des possibilités de collaboration: Des possibilités de collaboration* [Internet]. OECD Publishing; 2010. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=z_Bp9qyUDA8C
20. *Education and Disability: Analysis of Data from 49 Countries* [Internet]. 2018 [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <http://uis.unesco.org/en/news/education-and-disability-analysis-data-49-countries>
21. O'Keefe, Philip B.. 2007. *People with disabilities in India: from commitments to outcomes* (English). Washington, DC: World Bank.
22. *Culture et handicap : une exigence démocratique* [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-648/r16-648.html>

23. La pauvreté accentuée des personnes handicapées et des autres groupes vulnérables au cœur des débats de la Commission du développement social | Couverture des réunions & communiqués de presse [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.un.org/press/fr/2017/soc4845.doc.htm>
24. Humphreys K, Carpenter C. Experiences of the voluntary physiotherapist role in developing nations. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. mars 2010;17(3):150-8.
25. Taylor SJ, Bogdan R. *Introduction to Qualitative Research Methods: the Search for Meanings*. Wiley; 1984.
26. Fenneteau H. *Enquête: entretien et questionnaire-3e édition*. Dunod; 2015.
27. Ghiglione R, Matalon B. *Les enquêtes sociologiques: théories et pratique*. A. Colin; 1998. (Collection U.: Série Sociologie).
28. Barrette M - Jutras AE -Côté M-M « La physiothérapie en pays en voie de développement : recommandations pour la préparation et la réalisation d'un tel projet »-[Travail dirigé présenté à la Faculté de médecine en vue de l'obtention du grade de M.Sc en physiothérapie.] En collaboration avec Swaine B., pht Ph.D et Camden C pht Ph.D Programme de physiothérapie, Ecole de réadaptation, faculté de médecine, Université de Montréal. Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation. Université de Sherbrooke; Mai 2012.
29. Crawford E, Biggar JM, Leggett A, Huang A, Mori B, Nixon SA, et al. Examining international clinical internships for canadian physical therapy students from 1997 to 2007. *Physiotherapy Canada Physiotherapie Canada*. 2010;62(3):261-73.
30. K G, R C, A S, E B. Bridging the language barrier: The use of interpreters in primary care nursing. *Health Soc Care Community*. 2004;12:407.
31. Lee TS-M, Sullivan G, Lansbury G. Physiotherapists' communication strategies with clients from cultural diverse backgrounds. *Advances in Physiotherapy*. 2006;8(4):168-74.
32. Erik Unevik , Jenny Wickford & Anita Melander Wikman (2012) From curiosity to appreciating and re-evaluating cultural diversity in physiotherapy. A self-reflective account of experiences and reactions as a Swedish physiotherapy student in India, *Reflective Practice: International and multidisciplinary Perspectives*, 13:5, 663-677, DOI: 10.1080/14623943.2012.697881.

33. Norris M, MCSP M. Culture and physiotherapy. *Diversity in Health and Social Care* 2008;5:151-. :9.
34. Pechak C, Thompson M. *Disability and Rehabilitation in Developing Countries*. Global Health Education Consortium. 2007;
35. Lynch EW, Hanson MJ, eds. *Developing Cross-Cultural Competence: A Guide for Working With Young Children and Their Families*. 2nd ed. Baltimore, Md: Paul H Brookes Publishing Co; 1998.
36. World Confederation for Physical Therapy (2002) *Evidence Based Practice - An International Perspective*. Report of an Expert Meeting of WCPT Member Organizations. <http://tinyurl.com/ygvd8oc> (accessed 27 April 2019).
37. LARSEN, B. (2003). Hygiene and health in developing countries: defining priorities through cost?-?benefit assessments. *International Journal of Environmental Health Research*, 13(sup1), S37–S46. doi:10.1080/0960312031000122172.
38. Chopra P. Mental health and the workplace: issues for developing countries. *International journal of mental health systems*. 20 févr 2009;3(1):4-4.
39. Flory, Sherrie, « The prospects and challenges of bringing physical therapy to the physically disabled population in developing countries » (2009).Capstone Projects and Theses.Paper 324.
40. Frantz J. (2007). Challenges facing physiotherapy education in Africa. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 5(4): 1-5.
41. Coughlin RR, Kelly NA, Berry W. Nongovernmental organizations in musculoskeletal care: Orthopaedics Overseas. *Clinical orthopaedics and related research*. oct 2008;466(10):2438-42.
42. Baine D. *Handicapped Children in Developing Countries: Assessment, Curriculum and Instruction*. ERIC; 1988.
43. Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-Based Practice in Physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*. 2014;100.
44. Mougel J. L'évidence-based culture une expérience du quotidien. *Kinésithérapie, la Revue*. 2009;9(96):12-3.

45. Sawyer KL, Lopopolo R. Perceived impact on physical therapist students of an international pro bono clinical education experience in a developing country. *Journal of Physical Therapy Education*. 2004;18(2):40-7.
46. Partir - Kinés du Monde [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.kines-du-monde.org/4351-partir.htm>
47. Former les humanitaires | Institut Bioforce [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://institutbioforce.fr/>
48. OMS | Pays [Internet]. WHO. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/fr/>
49. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-144/Le-stress-du-soignant-ou-comment-se-soigner-soi-meme>
50. McLeroy KR, Norton BL, Kegler MC, Burdine JN, Sumaya CV. Community-Based Interventions. *Am J Public Health*. avr 2003;93(4):529-33.
51. Werner D, Handicap international, Centre de recherches en terminologie et traduction (Lyon). *L'enfant handicapé au village: guide à l'usage des agents de santé, des agents de réadaptation et des familles*. Lyon: Handicap international; 1991.
52. Frappé P. *Initiation à la recherche*. Edition 2011. CNGE; 2011.
53. Lugen M. *Petit guide de méthodologie de l'enquête*. 2015;
54. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*. 2006;5:99-111.
55. Bourke-Taylor H, Hudson D. Cultural differences: The experience of establishing an occupational therapy service in a developing community. *Australian Occupational Therapy Journal*. sept 2005;52(3):188-98.
56. *Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation*: Juin 2007. *Obésité*. mars 2009;4(1):39-43.

57. Pollard, N. and D.Sakellariou, Operationalizing community participation in community-based rehabilitation: exploring the factors. *Disability & Rehabilitation*. 30(1): p.62-70.
58. Igwesi-Chidobe C. Obstacles to obtaining optimal physiotherapy services in a rural community in southeastern Nigeria. *Rehabilitation research and practice*. 2012;2012.

Annexes

ANNEXE I : Guide d'entretien

Je suis étudiant en quatrième année à l'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie de Brest. Dans le cadre de la validation de mon diplôme, je réalise un mémoire de recherche.

Souhaitant obtenir des informations sur l'adaptation de la prise en charge en physiothérapie dans les pays en développement, je souhaite réaliser des entretiens auprès de différents physiothérapeutes ayant pratiqué dans ces contextes.

Ces entretiens ont pour but de déterminer, à partir de votre retour sur ces expériences dans ce contexte, quels peuvent être les principaux obstacles rencontrés dans la pratique de la physiothérapie dans des pays en développement. Et quelles peuvent être les préparations et les adaptations mises en place afin d'opérer une prise en charge plus en accord avec les particularités du milieu. Le but n'étant pas d'être exhaustif mais d'objectiver les obstacles et ressources marquant les plus grandes différences avec votre exercice en pays dit « développé ».

C'est pour cela que je vous demanderais de répondre aux questions suivantes. Durant cet entretien, vous serez libre et même encouragé de développer sur la composante affective des différents points que vous allez aborder.

Cet entretien sera enregistré et retranscrit entièrement si vous l'acceptez. L'anonymat étant garanti et l'entretien n'étant retranscrit uniquement que pour le développement de mon mémoire.

Physiothérapeutes diplômés

Numéro De la question	Question	Rediriger vers:
-----------------------	----------	-----------------

Question 1	Pouvez vous vous présenter et nous décrire votre parcours ?	<ul style="list-style-type: none"> • Nom, Prénom, Date de diplôme • Formations • Lieux de travail
Question 2	Dans quel pays êtes-vous allé travailler ? Pouvez vous nous décrire votre action en tant que physiothérapeute là-bas	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est ce qui vous a amené à partir dans ce(s) pays ? • Type de pathologie rencontrée • type de prise en charge
Question 3	Vous êtes vous préparé auparavant ? Si oui, comment ? (avant de travailler dans un PED)	<ul style="list-style-type: none"> • Différents types de recherches ? • Voyages ? • Formations ?
Question 4	Une fois sur place, quels ont été les principaux obstacles à votre prise en charge ? Et quelles ont été les ressources du lieu ou des personnes qui vous ont aidé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources/obstacles matériels ? • Ressources/obstacles financiers ? • Ressources/obstacles culturels?
Question 5	Comment vous êtes vous adapté pour répondre à ces difficultés ? Ou de quelle manière auriez vous dû selon vous maintenant que vous voyez cela d'un point de vue extérieur ?	<ul style="list-style-type: none"> • Manière d'être • Manière de faire
Question 6	Quelles sont les adaptations auxquelles vous avez pu assister ? Les pratiques ayant le plus de différences avec celles auxquelles vous avez pu assister en pays « développés » ?	<ul style="list-style-type: none"> • Des autres physiothérapeutes • des autres professionnels de santé • des patients et de leur entourage
Question 7	<p>Pour de futurs physiothérapeute expatriés allant travailler dans des pays en développement, quels seraient vos conseils pour leur permettre d'avoir la prise en charge la plus adaptée ?</p> <p>Selon vous, qu'est ce qui serait requis chez ces personnes(compétences, qualité, formations...)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualités et compétences requises ? • Préparations antérieure ?

ANNEXE II: Retranscription d'un entretien

Afin de garder l'anonymat, l'entretien n'a été retranscrit sur ce mémoire qu'à partir de la deuxième question du guide d'entretien (E= Enquêteur, P= Participant)

E- Pouvez vous nous décrire votre action en tant que physiothérapeutes dans ces pays ?

P- Alors elle était différente en fonction des pays , on va commencer dans l'ordre chronologique . Du coup au Niger et au Burkina , je travaillais en tant que kiné . Donc au Niger c'était dans les salles communes de l'hôpital national , le plus grand hôpital du pays . Les salles communes , c'est les salles réservées aux personnes qui n'ont presque pas d'argent . Tu as de l'argent , tu as une chambre , double ou simple , tu as la clim , tous les soins qu'il te faut : tu as de la kiné , infirmière , tu peux avoir la chirurgie , et cætera ... Tu n'as pas d'argent , on va quand même t'accepter , tu vas quand même payer un minimum mais tu vas pas avoir de chambres , on va te mettre dans des salles ...Pour te représenter , c'est des images d'après guerre en fait , dans les grandes salles où tu as tous les lits enfilés , avec des conditions sanitaires et d'hygiène que je te laisse imaginer , avec des températures très chaudes et caetera . Et du coup ces gens là , n'ayant pas d'argent , déjà attendaient des semaines pour se faire opérer alors qu'ils venaient pour de la traumatologie , ce qui pour nous est quand même des urgence , et n'avaient pas de kinés puisqu'il n'avait pas d'argent pour payer . Sur le projet sur lequel je me suis greffée , l'objectif était d'aller donner de soins à ces personnes là, et en parallèle il y a l'association avec laquelle je suis partie embauchait un kiné nigérien , donc on bossait à deux en fait , moi et lui quand c'était lui qui y était , et un petit volet formation où on l'accompagnait vis à vis de ses demandes , de ses besoins . Mais je pratiquais les trois quarts du temps on va dire . Au Burkina , c'était le même principe , c'était pas du tout à l'hôpital , c'était dans un centre de rééduc à 150 km au nord de Ouagadougou . Donc là , pareil , prise en charge de personnes venant au centre . Le point négatif , c'est qu'il y a pas mal de kiné donc notre place n'était pas forcément justifiée et elle aurait été plus justifiée sur le côté formation , ou transmission , mais les kinés n'étaient pas intéressés donc ils nous voyaient plus comme de la main d'œuvre en se disant « oh c'est cool , il y a des blancs, il vont pouvoir faire les séances à notre place , je vais aller faire ma sieste

pendant ce temps là » . Sur le moment , je n'ai pas du tout apprécié cette manière , du coup je suis partie au bout de un mois , je devais rester trois mois et je suis partie au bout de un mois parce que c'était pas quelque chose qui me correspondait . Et avec le recul j'ai beaucoup appris par contre , parce que ça a pas mal forgé ce que je trouvais bon à faire ou pas très bon à faire . Le Cambodge , j'ai pas du tout pratiqué de clinique , j'étais sur une mission de formation , donc en fait j'accompagnais le personnel local dans le centre où j'étais, donc j'accompagnais un kiné principalement et après je travaillais avec les éducateurs des enfants sur les activités qu'on peut proposer aux enfants en fonction de leur handicap le positionnement des enfants et cætera . Aucun soin donc c'est pas forcément ce qui va toi , t'intéresser .

Et la dernière mission avec Handicap International au Sud Soudan et là c'était que du soin . Pourquoi ? Parce qu'en fait , nouveau pays , camp de réfugiés suite à des déplacements assez massifs de la population et pas de kinés dans le pays , donc en fait on ne volait pas le métier ou la place de quelqu'un , il répondait à un besoin mais qui pouvait pas être couvert par un appel local , donc moi je m'occupais principalement des soins de kiné respi des enfants malnutris dans trois cliniques de médecin sans frontières .

Donc il y avait trois camps de réfugiés , dans chaque camp de réfugiés il y avait une clinique de msf , et dans chaque clinique il y avait un service de réhabilitation nutritionnelle et souvent les enfants sont très faibles et ont des infections respiratoires , donc moi je m'occupais de leur prise en charge respi . Donc ça c'était la majorité de mon travail et ensuite il y avait toute une action dans les camps justement de recensement des personnes en situation de handicap , quels étaient leurs besoins que nous kinés ou ergos , chez handicap international on pouvait y répondre .

E- Quels étaient les types de pathologies les plus rencontrés ?

P- Il y a beaucoup de traumatos dans tous les pays , parce qu'il y a beaucoup plus d'accidents de la voie publique qu'autre part , d'accidents domestiques , donc au niveau de la circulation il y a beaucoup de fracas . Des poly-traumatisés , qu'on a un peu moins en France parce qu'on a des règles un peu plus sécuritaires , on a une ceinture de sécurité , des voitures qui ont des contrôles techniques . Fin voila , tu remets tout le contexte français qui a évolué depuis longtemps et tu vois que en parallèle le taux d'accidents a diminué et que dans ces pays là bas ce n'est pas encore le cas. Il y a beaucoup moins de règles , donc beaucoup d'accidents de la voie publique , d'accidents domestiques . Accidents domestiques je pense tout de suite aux

brûlures , il n'y a pas de cuisine souvent , la marmite est au sol , l'enfant passe et va trébucher et enfin voilà , des brûlures chez les enfants qui peuvent être assez fréquents , plus fréquents que chez nous . Ça en traumatologie , en avp , et aussi il y a les blessés de guerre ! Par exemple au Sud Soudan , chez des camps de réfugiés , suite à des déplacements , près de la frontière et on retrouvait tous les blessés de guerre , ou de conflit je dirais qui arrivaient vers les camps de réfugiés pour se faire soigner . Donc là on est plutôt sûr de la traumatologie . De la rhumatologie il y en a beaucoup , mais les prises en charge ne sont pas toujours , on va dire , faites , les gens vivent un peu avec , voilà . Une douleur au niveau du dos est très très fréquente , le diagnostic des pathologies rhumatismales est quasiment inexistant . Les polyarthrites rhumatoïdes , les spondylarthrites ankylosantes , enfin tout ça , c'est des termes que moi en tout cas je n'ai pas entendu . Par contre les douleurs au dos , oui , mais les gens viennent chez le kiné pour se faire masser par exemple , c'est pas la même dynamique , le même discours de santé publique sur l'activité physique et tout ça , qu'on peut avoir en France . Donc rhumatologie il y en a mais en prise en charge pas tant que ça , il y a énormément de neuro ! Et donc en neuro , beaucoup de neuro pédiatrie , puisqu'en fait t'as pas de suivi prénatal , donc tu as beaucoup de naissance ou tu vas avoir des malformations , des hydrocéphalies ... J'ai vu des hydrocéphalies mais j'en ai jamais vu comme ça en France , les enfants avaient vraiment des hydrocéphalies massives et leur tête faisait un ballon de football quoi. Donc ce sont des enfants qui vont vivre pendant quelques mois , voir quelques années, leur espérance de vie , on le sait , elle est très faible ! Mais voilà , ils sont quand même pris en charge dans des centres ou dans des hôpitaux . Beaucoup de paralysie cérébrales , de plexus brachiaux , tu as les pieds bots . En pédiatrie il y a quand même une très forte demande et en traumatologie quand même aussi , mais la traumatologie plus à l'âge adulte on va dire . Donc ces prises en charge très variées , par contre voilà sur le terrain il y a des choses qui la respi par exemple , les gens ne sont pas formés à faire de la respi , donc c'est vraiment quelque chose qui leur fait défaut, la prise en charge pédiatrique ils prennent un enfant comme ils prennent un adulte et on sait , en France , que si tu faisais la même séance à la personne qui vient de se faire poser une ptg qu'à un enfant qui a un ostéo sarcome au niveau du genou , il va te dire au bout de trois séances « t'es gentil mais je m'emmerde quoi » , alors que là bas ils reproduisent vraiment ce qu'ils font chez l'adulte chez l'enfant , donc du coup il y a des grosses problématiques de développement chez l'enfant puisqu'ils ne le font pas se développer de la bonne façon .

E- Avant d'aller travailler dans les PED , vous êtes vous préparé ? Et si oui , comment ?

P- Ça rejoint un peu les formations dont je te parlais . Donc la seule formation que j'ai faite qui était vraiment sur nous aider à aller sur le terrain , c'était en fait avant de partir avec KDM , ça fait parti de leur cursus de recrutement . Donc il y avait le week-end interculturel , on avait une attestation de présence , et cætera. Et il y avait eu un deuxième week-end qui était organisé là par kiné du monde sur la préparation au départ , où pendant deux jours on échange sur de la pédagogie , comment se débrouiller avec les moyens du coin pour faire un appareillage , comment gérer quelqu'un qui ne parle pas le français , comment faire passer des informations en pédagogie à des personnes qui n'ont pas la même culture que nous . Donc il y avait eu ces deux week-end et là c'était pour ma mission au Cambodge , et cette mission là , elle est intervenue après mon bénévolat au Niger et au Burkina Faso . Donc en fait quand je suis partie au Niger et au Burkina concrètement , je n'ai eu aucune préparation ! Maintenant à dire que ça a été néfaste ou pas , je sais pas . Mais pour le Cambodge , j'ai eu quelque chose et pour le Sud Soudan , j'ai pas eu de formations , j'ai eu un gros briefing d'une journée au siège de Handicap International avant de partir pour avoir vraiment une vision du contexte local , mais c'est pas une formation , enfin c'est plus une information comme si avant de prendre un poste on te briefe pendant une journée sur ce que tu vas trouver et comment ça va se passer

E- Et vous avez fait des recherches sur ces différents pays ?

P- Oui , sur le pays , dans tous les cas , j'avais pas mal potassé à chaque fois . Déjà parce que c'était des pays qui m'intéressait et que je suis assez curieuse de nature , donc ça sur le pays j'avais pas mal potassé . Par contre , sur les pathologies que j'allais rencontrer , sur les systèmes de santé de manière précise , c'est des fois un peu dur de trouver des infos , l'OMS fait des fiches santé par pays mais le handicap , on dit juste qu'il y a un pourcentage de la population avec un handicap , mais de là à trouver l'explication , c'est parfois un peu dur , c'est souvent sur place que tu arrive en général à avoir le plus d'informations à ce niveau là , donc ça c'était plutôt des données que j'ai récolté sur place , d'où pour moi l'importance , soit de les avoir avant , que il y a peut-être des personnes qui les ont avant et qui vont te les fournir avant de partir , soit de prendre le temps en arrivant d'avoir ces données là pour avoir une vision globale du contexte , ça va t'aider en fait à adapter ta manière de travailler sinon tu vas droit dans le mur en fait .

E- Les voyages que vous aviez pu faire auparavant ont-ils été des préparations ?

P- Oui ! Des voyages dans tous les cas , les voyages que tu fais avant sont forcément formateurs , parce que tu es forcément confronté à d'autres cultures , que ce soit dans le soin ou pas , tu as été confronté à d'autres cultures , comment ça va se passer sur la vie quotidienne on va dire . Et après dans tous voyages il y a des imprévus , et plus que quand tu es dans ta zone de confort à la maison et que tu fais ta petite journée classique , et ces imprévus vont te demander de t'adapter , et du coup tu développes je pense une certaine capacité d'adaptabilité , et cette capacité d'adaptabilité quand tu pars en mission dans des pays en développement , elle est nécessaire, voir très très nécessaire . Parce que ton planning ne tiendra jamais , parce que ce que tu avais prévu tu ne le feras pas parce que les gens en face de toi , non c'est pas comme ça que tu dois passer le message parce que les scripts que tu as en tête sur la prise en charge , par exemple d'une fracture du fémur avec une pose de fixateur externe et bien en fait tu n'arriveras pas à faire cette prise en charge dans le pays parce que ton patient il est parti dans deux jours chez lui et que tu vas pas le revoir , donc en fait bah qu'est-ce que tu fais en deux jours pour que tout se passe bien pour le patient . Donc soit tu suis le script que tu as en France , c'est à dire je vais le mettre debout tranquillement , on va faire un petit réveil musculaire , soit en fait tu t'adapte et tu te dis que la priorité c'est qu'il soit autonome , faut qu'il se lève , qu'il sache béquiller , qu'il sache se débrouiller tout seul parce que sinon il va rester allongé pendant 6 semaines et il va perdre forcément en masse musculaire , en autonomie et c'est pas ce qui est recherché . Donc je pense que tous les voyages précédents sont formateurs et sont une force et un appui pour les personnes qui veulent partir . Faut pas se leurrer , les ONG vont regarder dans quels pays et quels voyages tu as fait avant de partir , et ça sera un plus d'avoir fait un voyage auparavant que de ne pas être sorti de la France . Donc c'est quand même un point important .

E- Une fois sur place , quels ont été les principaux obstacles à votre prise en charge ?

P- Alors une fois sur place , les obstacles ... Alors il y a le côté culturel où en étant une femme ça peut être problématique dans certains pays , donc notamment les pays musulmans . J'ai pas été trop trop confronté , il y avait quand même une très bonne acceptation du soin mais c'était pas... Tu abordais pas le patient de la même manière que en France parce que culture différente , voilà tu y vas progressivement et cætera . Donc il y a ce côté sur le refus potentiel de prise en charge , parce que tu es une femme. Après d'un point de vue culturel il y a beaucoup de croyance qui ne sont pas les nôtres , et en fait certaines croyances vont jouer sur certains prise en charge , par exemple en kiné respi au sud soudan , poser les mains sur le thorax d'un enfant et faire une séance de kiné respi , les personnes trouvaient ça très violent , très invasif et

donc il y avait des refus de prise en charge , donc il y avait tout un côté éducatif auparavant et informatif auprès des parents , pour déjà savoir si ils étaient d'accord , alors qu'en fait en France tu ne demandes pas ! Soit les gens arrivent au cabinet et te disent voilà , j'ai une prescription de bronchiolites pour mon enfant , soit à l'hôpital , l'enfant est hospitalisé et on ne demande pas aux parents si ils sont d'accord pour la kiné respi ou pas . Et en fait là bas , et je me suis fait avoir une fois et après j'ai changé , mais il y a une mère de famille qui m'a dit « vous enlevez les mains du thorax et de l'abdomen de mon enfant , et vous allez arrêter » et donc après j'expliquais à chaque fois , donc on me laissait faire . Des fois on m'arrêtait en plein milieu parce qu'ils ne supportaient pas , ils trouvaient ça vraiment très violent alors que voilà , j'ai été formé pas à la mode clapping , j'ai été formé à la manière dont ils forment aujourd'hui en kiné respi . C'est impressionnant mais c'est pas violent , mais nous on connaît la malléabilité de la cage thoracique chez l'enfant , parce qu'on a ces connaissances là . D'autres personnes ne les ont pas et donc c'est plus compliqué . Et des personnes après à qui on expliquait , qui refusait en fait avant le début de séance et disaient « non vous ne ferez rien » donc là tu acceptes , dans tous les cas tu ne vas pas aller contre leur choix . C'était un obstacle , mais tu vois , culturel , croyance. Après les autres obstacles , mais c'était des obstacles , sans être des obstacles , c'est à dire que tu peux rencontrer des obstacles en te disant j'arrive pas à faire comme en France , j'arrive pas à faire comme j'aimerais faire , donc là tu as un obstacle mais cet obstacle il est surmontable , tu peux changer ta manière de prendre en charge les gens , tu peux changer tes objectifs de prise en charge ... Mais ça demande de se remettre en cause , de se remettre dans un nouveau contexte et de se dire bon je chamboule tout ce que j'ai appris dans ma tête et au lieu de faire une rééducation en trois semaines , je la fais en deux jours . Je respecte peut-être pas trop les principes qu'on m'a appris et au bout du compte , c'est soit ça , soit le mec est allongé huit semaines et on sait les dégâts que fait un alitement de huit semaines . Donc ça c'est un obstacle , et après moi sur mes premières missions , j'avais un an de DE quand je suis partie, et sur certaines pathologies j'ai été un peu en difficulté parce qu'il y avait des pathologies que je n'avais jamais vu , jamais entendu parler en France , dont je n'ai toujours pas entendu parler en France d'ailleurs et que je n'ai vu qu'à l'étranger . Mais au Niger , quand j'y suis allé en 2010 , le réseau internet n'était pas du tout top , tu allais au cyber café , quand tu arrivais à envoyer deux mails tu étais content , donc te dire que tu allais surfer pour avoir des infos comme on le fait de manière quotidienne en se disant qu'il y a un patient qui a une maladie rare , que je ne la connais pas , que je vais aller regarder ce que c'est , c'était impossible . C'était potentiellement un obstacle si tu n'avais pas les ressources sur place pour t'expliquer ce qui se passait , si tu n'avais

pas non plus accès à la ressource bibliographique. Je pense que en obstacle , c'est les principaux .

E- Et comment faisiez-vous pour vous adapter ?

P- Sur le côté culturel , tu apprends au fur et à mesure et plus tu voyages , plus tu vas être à l'aise dans le sens où tu vas avoir vu de plus en plus de cultures et au fur et à mesure du temps , tu la connais et tu vois les réactions des gens donc tu vas adapter ta manière d'aborder les personnes , tu vas faire différemment . A la question de la position de la femme , concrètement tu ne peux pas grand-chose , ce qu'il faudrait c'est un changement de mentalité mais c'est pas en une mission de trois mois que le changement de mentalité va se faire , donc ça bah tu fais avec .

Pour l'inconnu , ce que tu as en face toi , comment gérer ce que tu n'as jamais vu , bah là c'était un peu plus compliqué . Soit en local , tu arrivais à avoir des documents et des explications , et si tu avais besoin d'un peu plus , moi je me souviens avoir envoyé des mails à des amis ou à d'anciens formateurs en leur disant est ce que vous avez de la doc là dessus parce que je peux pas faire de recherches , je n'ai pas internet . Mais ce qui n'était pas le cas dans d'autres pays , voilà , au Sud Soudan par exemple j'avais internet , quand je cherchais quelque chose ça allait . Mais voilà c'est plus jeune diplômée que j'ai été confronté à des pathologies que je ne connaissais pas et pour lesquelles je ressentais le besoin d'avoir de la lecture ou de l'explication .

E- Et des obstacles niveau matériels étaient ils présents ?

P- Oui... D'une première approche , tu te dis oui , c'est des obstacles , parce que tu ne peux pas faire comme tu fais d'habitude mais tu t'adaptes , donc en fait pour moi c'est pas un obstacle , c'est plus un changement de paradigme sur comment gérer ... je sais pas ... les aides techniques , un corset siège , un fauteuil roulant , que le mec habite dans un lieu où ce n'est que du sable et que le fauteuil ne va jamais rouler , ben là tu changes tout , tu te dis tiens je vais appeler le revendeur où je vais avoir une prescription pour une location de fauteuil : non , pas du tout . Tu vas au marché , tu vas voir l'artisan et tu demandes de faire un tricycle , donc ce n'est pas des obstacles , mais plus un changement de manière de faire et de penser .

E- Et des obstacles financiers ?

P- Pour les patients , oui ! Pas forcément pour toi , kiné . Oui tu as des obstacles financiers : soit le patient n'a tout simplement pas l'argent pour bénéficier de kiné ou de

soins de rééducation, soit ils en ont mais on est dur des prises en charge de handicap donc le handicap c'est souvent à vie ! Donc soit ils en ont à un instant T , ils vont commencer puis vont arrêter , tu ne vas plus les revoir , soit ils viennent bien aux séances mais par contre quand tu arrives sur de l'appareillage par exemple , et bien là ça peut bloquer parce que pareil , qui dit appareillage dit finance . Donc même si tu fais fabriquer en local , tu vois des béquilles . Je me souviens , il y avait des artisans qui fabriquaient des cannes anglaises , qui les vendaient pas très chers mais qui les vendait pas très cher à ma valeur économique . Pour des personnes en local qui ne gagnaient même pas un euro par jour et qui avaient six enfants , bah oui c'est énorme . Donc cet aspect financier , il est important à prendre en compte et ça montre juste qu'il n'y a pas une volonté politique forte de prise en charge de santé . Ça s'améliore hein , mais la reconnaissance du handicap et l'accompagnement du handicap dans les sociétés des pays en développement reste encore très compliqué , et leur inclusion encore plus .

E- Vous avez parlé de la manière de faire pour s'adapter , avez vous également modifié votre manière d'être également ?

P- Oui bien sûr , mais après , enfin là dessus je trouve pas que c'est forcément différent en France . Tu vas être confronté à des patients étrangers en France ou même à des patients français qui vont être différents entre le mec qui est introverti , qui est misogyne ... Donc tu vas forcément adapter ta manière d'être par rapport aux patients que tu as en face de toi .Et à l'étranger tu vas d'autant plus t'adapter par rapport à leur culture et après ça va être le côté la langue : est ce que la personne comprend , est ce que tu vas beaucoup plus parler avec tes mains pour lui faire passer des messages , est ce que tu vas avoir un traducteur , est ce que tu vas avoir deux traducteurs parce qu'en fait toi tu parles ... Moi je dis au Sud Soudan , moi je parlais anglais , mon traducteur traduisait en Arabe sauf que le patient ne parlait pas Arabe , il fallait un autre traducteur pour passer de l'Arabe au dialecte . Donc là ta manière d'être , oui , le rapport à la langue fait que tu auras un rapport différent avec la personne . Parce que tu peux avoir des interlocuteurs , mais c'est pas facile de gérer des interlocuteurs parce que c'est eux qui vont parler à la personne et en même temps c'est toi qui t'adresses à la personne , tu regardes la personne , tu regardes le traducteur , enfin c'est des choses qui peuvent être un peu perturbantes auxquelles tu t'adaptes encore une fois , mais qui peuvent être un peu perturbantes au début .

E- Et comment vous êtes vous adaptée ?

P- Ben je ne sais pas , je ne pourrais pas te dire . Je pense que concrètement ce sont des choses qui ont , pour moi , été plutôt automatiques , j'arriverais pas à mettre des mots vraiment là dessus .

E- Quelles sont les adaptations auxquelles vous avez pu assister ?

P- En fait il y a beaucoup de méconnaissance , enfin de manque de connaissance du handicap des pathologies dans ces pays là , que nous on a beaucoup moins . Déjà on est à l'école depuis qu'on a trois ans , on a des cours , même si au lycée on pouvait se dire que c'est très général , on va dire qu'on a des bases en physiologie , en physique , ce qui fait que le corps humain on a quand même une petite vision de son fonctionnement. Des pathologies , si on veut avoir des infos et qu'on les cherche bien et qu'on prend la bonne source sur internet , on a moyen de se renseigner quand même sur la pathologie .A l'étranger , la scolarisation des personnes elle est ... Aller jusqu'au fin du primaire c'est déjà pas mal . Il n'y a plus qu'un tiers qui arrive au collège , un dixième qui arrive au lycée , un pourcent qui va arriver dans l'enseignement supérieur . Donc en fait on a pas du tout le même esprit critique , la même ouverture d'esprit qui va nous permettre soit de connaître la pathologie , soit d'aller chercher l'information . Donc quand des personnes apprennent un diagnostic d'une pathologie , bah il y a des fois ça leur tombe dessus , et leurs croyances leur font dire que en fait c'est pas une maladie génétique la myopathie , mais le mauvais sort parce que la grand-mère lors de la pleine lune a égorgé un poulet qu'il ne fallait pas . Et quand tu as des croyances comme ça , bah c'est un peu compliqué parce que pour eux , c'est comme ça , et puis en fait c'est normal que la personne ait eu ça parce que deux générations avant il y avait eu un truc de mal qui avait été fait , et donc dans ces cas là ,on arrive à ce qu'on appelle la sensibilisation . C'est qu'en fait il y a beaucoup d'informations à faire dans ces pays là , c'est bien d'aller faire du soin mais ton soin sera efficient que si tu arrives à sensibiliser la population locale , en l'occurrence ça peut être la famille , l'entourage , le village , et cætera , en informant sur la pathologie , d'où elle vient , comment ça se passe , qu'est ce que peut faire la personne . C'est pas parce que tu es malade qu'on doit te mettre dans un coin et ne rien te demander . En France , on a maintenant à peu près compris ça , sur la nécessité que la personne se bouge , ne soit pas toujours assistée . Dans un pays en développement , c'est compliqué de faire entendre ça . « Une personne est malade , on s'en occupe, elle ne fait rien » . Donc par exemple avec une personne qui a fait un AVC , et on sait que c'est les premières semaines post AVC qui vont être déterminantes pour le pronostic par une prise en charge précoce . Et ben va falloir que tu essayes de démystifier un peu tout ça pour faire passer un message à la famille . Et donc là , la sensibilisation elle est

hyper importante , et c'est pas un cours d'anat ou de sémio que tu vas donner , c'est des choses basiques hein , on va pas te demander de ressortir ton cours de sémio sur l'AVC avec la prévalence et cætera , non , pas du tout ! c'est : qu'est ce qu'il s'est passé ? Pourquoi ? Comment on va faire maintenant ? Et en fait cette sensibilisation , elle est tout autant importante auprès de la famille , de l'entourage et cætera , que des professionnels de santé , parce qu'en fait chez les professionnels de santé aussi , il y a pas mal de méconnaissances et de croyances . Et donc il faut vraiment que ça aille dans les deux sens . Le monde de la rééducation , c'est nouveau dans les pays en développement , pourquoi ? Parce qu'en fait le handicap , on ne s'en occupait pas beaucoup , on mettait les gens un peu de côté . Donc tu ne vas pas t'en occuper , tu n'as pas besoin de monde à côté . Donc par exemple , si tu dis kiné à l'étranger , ou physio , dans des pays ça va être « bah je sais pas , ouais vous massez un peu quoi , mais je sais pas ce que vous faites d'autres » . Donc si toi tu n'informes pas les gens que toi tu peux faire ça , tu peux faire ça et tu peux faire ça , ben ils t'enverront pas non plus les gens . Ils ne diront pas aux personnes « non non mais là il ne faut pas rentrer à la maison , là il faut voir un kiné ou un centre de rééducation , parce que c'est ce dont vous avez besoin » . Donc sur les adaptations , c'est ça je pense ! La sensibilisation est quelque chose de primordiale pour que les personnes en face de toi puissent s'adapter .

E- Donc être concret en s'adaptant à la culture de la personne en face ?

P- Ah bah oui bien sûr , par contre tu balances pas ton cours français , hein ! Et tu fais pas ton blanc , en disant « bon maintenant , on en est arrivé là , on reprend , hop hop hop ! » Non ! Tu t'adaptes ! Moi je me souviens au Cambodge ... alors là c'est pas le côté pratique quotidienne , c'était de la formation mais sur la myopathie . il y avait une enfant myopathe dans le centre où je travaillais . je devais faire une information sur la myopathie, sur la prise en charge spécifique de ces enfants là . On a mis quatre heures avant d'arriver au cours parce qu'en fait pour eux c'était... Déjà quelque chose de génétique ou le génome , ils ne savaient pas ce que c'était . Donc quelque chose qui atteint un gène , c'était quoi ? Et la myopathie , ils l'apparentaient à un mauvais sort. Donc avant d'arriver à expliquer la pathologie , en tu te dis « bon okay en fait on va pas faire du tout ce que j'avais prévu aujourd'hui » , donc là tu t'adaptes , tu changes tout ton planning , on s'en fout on reviendra un autre jour . Et tu te dis juste que là il faut qu'on démystifie le truc et qu'on revienne sur des bases parce que sinon le message ne va pas passer . C'est comme quand tu as un prof qui arrive et là tu as le niveau zéro de connaissances et il passe tout de suite au niveau dix ...Ben il t'a largué quoi . Donc en fait soit tu te dis « bah ouais , c'est intéressant mais je comprends

rien » , soit tu adhères pas du tout parce que tu te dis « non mais le mec , en face de moi , il me raconte des trucs hyper précis , mais enfin ça me parle pas » . C'est hyper important ce truc là

E- Et quelles ont été les ressources dans ces pays ?

P- C'était différents au niveau des pays ! Au Niger , j'avais beaucoup de ressources locales avec des chirurgiens , qui étaient très disponibles et avec qui j'ai pu beaucoup échanger sur la manière d'appréhender le patient , la pathologie , sur les chirurgies qu'ils pouvaient faire et la rééducation que moi je pouvais avoir à côté , donc ça c'était très intéressant . Au Burkina , des ressources locales , non je n'en avais pas . Et là je me suis plus basée sur mon expérience du Niger qui avait été très riche avant . Au Cambodge , des ressources locales , parce que je travaillais dans une structure locale où il y avait d'autres volontaires internationaux , dont une qui était spécialisée dans le handicap , donc sur tout le volet handicap , sur toutes les données donc j'avais déjà pas mal d'infos avec elle . Et après si moi je voulais des données plus spécifiques à mes prises en charge , aux cours que je pouvais donner ou aux thèmes que je voulais aborder , là c'était plutôt des ressources externes sur internet . Et au Sud Soudan , je bossais avec une équipe , donc on était quatre kinés , une ergo , donc c'était beaucoup d'échange de pratiques en fait , et de questionnement inter-personne pour avoir des réponses .

Pour de futurs physiothérapeutes expatriés allant travailler dans des PED , quels seraient vos conseils pour leur permettre d'avoir la prise en charge la plus adaptée ?

Bah en fait pour avoir la prise en charge la plus adaptée , il faut pas partir tout de suite après le DE , je l'ai fait , je voulais le faire mais enfin voilà . Je sais qu'il y a plein de personnes qui veulent le faire. J'ai appris beaucoup de choses , mais je pense que j'ai plus appris que j'ai apporté . Je ne suis pas sûre que j'ai été efficiente à cent pour cent dans les soins et dans l'adaptabilité parce que j'avais certainement pas assez d'expérience en France et pas assez de pratiques dans un cadre que je maîtrisais bien , avant de partir dans un cadre que je maîtrisais pas du tout . Donc partir , ouais c'est bien , mais faut avoir un peu de bagages ... Enfin faut pas avoir 5 ans , c'est pas ça que je veux dire mais je pense que avoir au moins un an , c'est nécessaire .

Ensuite se préparer au départ je pense que c'est important . Tu vois , se renseigner , lire , s'intéresser ... Toutes petites formations , on en trouve dans les grandes villes . Je suis sûre qu'à Brest , tu as des formations pour aider les jeunes à partir dans l'international . Il y a plein d'associations qui sont là pour accompagner et ça se passe

d'autant mieux quand tu montes un projet que si tu pars avec rien . Le must : une ONG en volontariat ou en salariat , et avant si tu pars en bénévolat avec des associations , ben si l'association peut t'accompagner c'est déjà une mine d'information . Donc ça faut vraiment pas s'en priver , c'est souvent gage de qualité , d'avoir un partenariat Franco-le pays où tu vas mais d'avoir d'avoir une association française qui a déjà des liens avec ces pays là , qui les connaît , et cætera . Ça , ça t'aide quand même vachement .

C'est bien d'avoir vadrouillé avant , je pense , un peu , parce que le voyage , sans parler « je pars bosser et cætera » , un voyage déjà t'apprend beaucoup de choses , des choses sur toi , tu apprends à te dépatouiller , tu es confronté à beaucoup de choses , sauf que là tu es dans un contexte vacances . Et déjà dans ce contexte là des fois , ben tu galères un peu . Donc ne pas avoir fait ça avant et arriver dans un pays que tu ne connais pas , sans avoir beaucoup voyagé , et où en plus tu vas devoir aller bosser ... Enfin , il va y avoir tellement de choses qui vont arriver que ça peut être vite compliqué , que ta vas pouvoir être vite submergé par les infos et toutes ces choses que tu ne maîtrises pas du tout . Donc voilà , voyager à côté , je pense que c'est bien .

E- Donc selon vous , quelles qualités seraient requises chez ces personnes ?

P- Déjà l'adaptabilité , comme je l'ai dit plein de fois , ça c'est mon maître mot. Être adaptable , être flexible parce que ça ira rarement comme tu le souhaites , ouvert d'esprit parce que tu vas entendre des trucs qui vont te faire bondir mais pour autant tu ne vas pas dire à la personne « non mais qu'est ce que tu me racontes , non mais ça va pas » , tu vas plutôt dire « ah bon ? On pourrait peut être en reparler , moi je ne suis pas d'accord » donc je pense voilà qu'il faut être ouvert d'esprit , être flexible , adaptable ... Faut bien se connaître parce que ça peut être un peu rude , ces missions et se connaître ça voudra dire que , entre guillemets , tu n'auras pas trop de problèmes à régler avec toi même , mais tu auras tellement d'autres petits trucs à régler à côté que ça te suffira , et te connaissant tu vas être capable de pouvoir t'adapter encore plus , de bien réagir par rapport aux autres . Donc je pense que ce sont des qualités importantes . Je pense qu'il faut être sociable , avenant , parce que tu es dans un pays en développement , un pays étranger , qui n'est pas ta culture . Faut être humble parce que tu n'arrives pas avec tes gros sabots , tu n'arrives pas le blanc avec son petit costume colonial qui va apprendre la vie aux gens , parce que les autres sont les pauvres petits gens qui n'ont pas eu accès à l'éducation , et caetera , donc je pense qu'il faut être humble . Et être autonome , parce qu'en fait même si tu pars..... Tu peux partir seul déjà et quand tu pars seul , faut savoir se débrouiller tout seul , et du coup le

côté social et avenant fait que quand tu es seul , tu vas t'ouvrir beaucoup plus aux gens et tu vas rencontrer plein de monde , et ça va très bien se passer . Mais tu peux aussi bosser en équipe , et faudra que tu sois autonome parce qu'en fait des fois dans un contexte tellement compliqué qu'on ne va pas venir te tenir par la main et donc si tu n'as pas cette capacité d'autonomie , de pouvoir gérer certaines choses ...ça ne veut pas dire que tu n'as pas le droit d'appeler à l'aide , mais tu ne vas venir poser toutes les questions que tu as en tête à chaque étape quoi , à un moment il va falloir y aller . Donc après il y a différentes missions , et c'est peut-être ça aussi ... Moi le Sud Soudan , moi la mission que j'ai faite qui était la plus compliquée , on va dire psychologiquement parce que tu es dans un contexte d'urgence , dans un camp de réfugiés , près de la frontière , des conflits armés , des bombes . Enfin , t'es en permanence avec un chauffeur parce que tu peux pas te déplacer , tu as un couvre feu , tu passes des checks points , tu bouffes la même chose matin midi et soir pendant trois mois , tu bosses six jours sur sept etc. Des choses qui peuvent être assez pesantes , et on est une équipe donc on est hyper soudé , par contre faut que tu sois autonome . Mais cette mission là , si je l'avais faite tout de suite après mon DE , mais je serais même pas partie en fait , faut être raisonné et raisonnable . Cette capacité d'autonomie , d'organisation , de gestion , de flexibilité , je l'ai acquise au fur et à mesure de mes voyages et de mes missions . Ce qui m'a permis que au Sud Soudan , ça se passe très bien ! Mais j'y serais partie trois ans avant , je sais pas si j'avais toutes ces qualités là . Donc en fait il y a aussi tout le bagage que tu vas te faire au fur et à mesure , que ce soit dans ta vie personnelle parce que tu auras voyagé etc , et dans ta vie professionnelle . Les ONG sont très preneuses de « ah vous voulez partir , c'est bien, vous avez un profil intéressant mais faites une mission avec une autre ONG et revenez nous voir après » « vous êtes gentils les gars mais dans ce cas , personne me fera partir parce que là c'est le poisson qui se mord la queue » . E en fait en France , mais ça c'est avec le recul , je m'en suis pas rendu compte au début , en France on est de plus en plus confronté à de situations , alors pas de pays en développement , mais à une population étrangère . Et du coup dans ta pratique quotidienne , dans certains endroits , que moi j'ai retrouvé au CHU de Rennes , parce que du coup dans les CHU tu retrouves toute la population française , qui est maintenant très cosmopolite ... Et moi j'étais en service de rééducation , et dans le service de rééduc , on avait beaucoup de patients étrangers . Pourquoi ? Parce que service publique , et donc tout le monde vient là , et que tout le monde est accepté surtout , parce que tu as des structures qui n'acceptent pas tout le monde , mais là tout le monde est acceptée . En fait dans la pratique quotidienne , ben je me retrouvais face à des personnes qui avaient une culture différente , des croyances différentes , qui parlaient pas français

donc c'était peut-être le frère ou le mari qui traduisait ou il fallait un traducteur , qui voyait les séances différemment. Là je me souviens d'une patiente africaine qui avait fait un AVC , lui faisais une séance , on a parlé de musique , elle me disait qu'elle écoutait beaucoup de musique africaine , qu'elle dansait , etc. Et donc moi , j'avais passé une séance sur la danse , mais c'était ma séance pour moi si tu veux , pour moi c'était un vrai travail qu'on avait fait avec la musique. Et on a terminé de danser , et après elle me dit « bah tu me fais pas de séances ? » et je lui dis « bah si , on l'a fait la séance , on a travaillé le transfert d'appui , l'initiation à la marche , on a travaillé plein de choses , l'équilibre , la coordination « mais en fait pour elle, elle n'avait pas travaillé , c'était pas une séance de kiné . Et en fait tu vois , dans ma pratique , entre 2015 et 2017 , au CHU , j'avais une population en face de moi , où j'étais pas dans un pays en développement puisque j'avais tout l'appareillage , tout le matériel , toute l'organisation requise pour travailler comme je voulais , mais je devais m'adapter face à cette population , où je devais peut-être plus expliquer la pathologie , les troubles , les aboutissants , alors qu'avec d'autres patients français , ayant une autre culture , une autre éducation , je pouvais m'en passer . Donc autant je pense que les expériences à l'international comptent , mais je pense vraiment que dans nos pratiques actuelles en fonction du lieu où tu travailles et de la population avec laquelle tu travailles, et ben finalement tu as des activités en France où tu peux développer des compétences et des qualités que tu peux retrouver dans des pays en développement .

NOM : PY-CADO

PRÉNOM : TITOUAN

TITRE : L'adaptation de la prise en charge en physiothérapie dans les pays en développement

Introduction : In order to react to the lack of care and to the influence of disability in developing countries, organizations are implementing health-focused assignments. Those are sending physiotherapist to respond to these deficiencies. The aim of this study was to determine which obstacles were met by the expatriate physiotherapists and which were the adaptations and preparations putted in place to answer it. **Methodology :** six semi-directive interviews were conducted with french physiotherapists having practiced in several developing countries. These interviews were then transcribed on a computer. Answers on different themes were regrouped into sub-themes. **Results :** There were, for each theme, different main sub-themes : Obstacles : internal (therapist-specific) and external (country-specific) factors.. Preparations : Research about the country and the care context, exchange with former expatriates and experience of the therapist. Adaptations : communication, cultural competence, going from local and exchange, inform and train with the local population. **Discussion :** The interviews focused only on the physiotherapist's perspectives, not being able of fully representing the adaptations impact. This study could be completed by an other study focusing the impacts of the local population perspectives.

Introduction : Pour faire face aux manques de prises en charge et à l'influence du handicap dans les pays en développement, des organisations mettent en place des missions axées sur la santé. Ces dernières envoyant notamment des physiothérapeutes afin de répondre à ces manques. L'objectif de cette étude était de déterminer quels obstacles ont pu rencontrer les physiothérapeutes expatriés et quelles sont les adaptations et préparation ayant pu être mises en place afin d'y répondre **Méthode :** Six entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de physiothérapeutes français ayant pratiqué dans des pays en développement. Les entretiens ont ensuite été retranscrit sur ordinateur. Les réponses des différents thèmes ont alors été regroupées en sous-thèmes **Résultats :** Il y eut, pour chaque thème, différentes sous thèmes principaux : Obstacles : facteurs internes (propres au thérapeute) et externes (propre au pays) Préparations : Recherche à propos du pays et du contexte de soin, échange avec anciens expatriés et expérience du thérapeute Adaptations : Communication, compétence culturelle, partir du local et échanger, informer et former avec les locaux. **Discussion :** Les entretiens n'ont ciblé que les points de vue des physiothérapeutes, ne pouvant ainsi être entièrement représentatifs de l'impact des adaptations. Cette étude pourrait ainsi être complétée par une étude ciblant les impacts du point de vue de la population locale.

KEY WORDS : physiotherapy, developing countries , obstacles, preparation, adaptation

MOTS CLES : physiothérapie, pays en développement, obstacles, préparation, adaptation

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE BREST

22 avenue Camille Desmoulins , 29238 BREST CEDEX 3

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES – ANNÉE 2019