

LE MODELE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP, SUPPORT METHODOLOGIQUE POUR L'ELABORATION D'UN PROJET INDIVIDUALISE DE READAPTATION (PIR) AU SEIN DE 5 INSTITUTIONS ALGERIENNES

1. LE CONTEXTE

En septembre 2002, l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INFPF) a sollicité Handicap International (HI) pour un accompagnement dans la conduite d'une évaluation des dispositifs de formation initiale et continue actuellement en place dans les domaines de la kinésithérapie, de l'ergothérapie et de l'appareillage. Un audit a permis d'identifier les principaux dysfonctionnements récapitulés dans les points suivants :

- a. Dans les écoles de formation paramédicale, on assiste à un clivage catégoriel entre les différents corps de métiers ce qui engendre un cloisonnement et ne permet pas de préparer l'étudiant – futur soignant au travail pluridisciplinaire,
- b. Peu ou pas d'actions de formation continue en direction des soignants et des formateurs dans le champ de la réadaptation et donc pas de possibilités d'évolution des connaissances et d'amélioration de la qualité du soin en direction des personnes en situation de handicap.
- c. Une méconnaissance de l'évolution actuelle du concept de « Santé » et démarches de soins préconisés de manière à respecter la personne handicapée dans sa globalité ainsi que des outils méthodologiques élaborés pour y répondre tels que le « projet individualisé de réadaptation »,
- d. L'approche du handicap reste très médicalisée et technique avec une intervention centrée presque exclusivement sur les déficiences et les incapacités de la personne « malade ». La participation sociale de la personne, l'accroissement de son autonomie et son environnement humain, social, et physique sont des dimensions méconnues tant dans la formation que dans la pratique des professionnels de la réadaptation.
- e. L'enjeu de l'expérience est de permettre aux formateurs et praticiens de passer d'une approche médicalisée de la personne handicapée à une approche plus sociale de la personne en situation de handicap et ce par une analyse précise, en équipe pluridisciplinaire, des besoins spécifiques de la personne en prenant en compte son contexte social et physique. Cette approche doit favoriser, d'une part, le décloisonnement entre professionnels et , d'autre part, une perception de la personne dans sa globalité ainsi qu'une approche plus attentive de son projet de vie.

2. DEFINITION D'UN PROJET INDIVIDUALISE DE READAPTATION

Le « *Projet individualisé de réadaptation* » (PIR) synthétise l'évaluation par les différents intervenants et il précise les situations de handicap de la personne/patient.

De celles-ci découleront des formulations précises d'objectifs mesurables qui tiendront compte des ressources disponibles de l'environnement. Le plan doit également tenir compte des attentes exprimées par la personne et son entourage face aux problématiques mises en évidence par l'évaluation. Les objectifs opérationnels doivent produire des résultats tangibles, ce qui est la finalité d'un projet individualisé de réadaptation.

Le document complété devient donc l'expression écrite de la problématique de la personne/patient et du plan d'intervention proposé par les intervenants. Il doit constituer un guide tout au long du processus de rééducation/réadaptation/insertion sociale de la personne et permettre de contrôler la qualité de l'intervention en jugeant de sa concordance avec les objectifs formulés. Le plan est rédigé dans un souci d'individualisation.

Même si certains protocoles d'évaluation seront standardisés(mesures des aptitudes, des habitudes et de l'environnement), le plan d'intervention devra être individualisé pour prendre en compte tous les facteurs qui interagissent dans la production de situations de handicap de la personne.

Pour une utilisation optimale, le projet individualisé de réadaptation doit :

1. être structuré
2. être adaptable selon les pratiques et la diversité des prises en charge accessibles
3. être évolutif en fonction de la progression des interventions et des résultats
4. être simple d'utilisation compte tenu des contraintes professionnelles, utiliser un langage précis, clair, bref pour permettre une lisibilité optimale du dossier
5. utiliser un vocabulaire compréhensible par l'ensemble des professionnels de santé pour permettre le partage des informations et l'élaboration d'objectifs communs.
6. assurer la continuité de l'information délivrée à la personne/patient et à sa famille

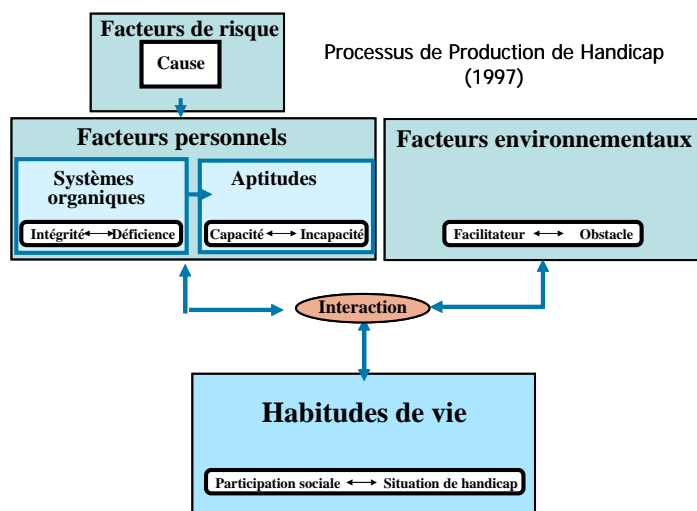
Le projet individualisé de réadaptation constitue une synthèse des informations, des évaluations et surtout un outil de réflexion sur les stratégies alternatives de réadaptation.

Il permet de faciliter la communication et de coordonner l'intervention des différents professionnels concernés par la prise en charge de la personne/patient.

Le dossier écrit constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des actions entreprises.

Le plan d'intervention s'articule sur 4 parties :

1. les renseignements généraux et l'identification des facteurs de risque
2. la synthèse des informations relatives à la personne, sa participation sociale, son environnement physique et social.
3. la formulation de la situation de handicap définie en faisant référence au modèle anthropologique du *Processus de Production du Handicap*.
4. la formulation des objectifs de l'intervention et des échéances de révision de ceux-ci.



3. Contenu général d'un Projet Individualisé de Réadaptation

1^{re} PARTIE : INFORMATIONS GENERALES

1. Renseignements socio-administratifs
2. Renseignements médicaux et facteurs de risque (1)

(1) Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne (PPH)

2^e PARTIE : SYNTHÈSE DES ÉVALUATIONS

La **synthèse des informations** récoltées par les professionnels est organisée selon 3 dimensions :

1. *La connaissance de la **PERSONNE***
2. *La connaissance de la **PARTICIPATION SOCIALE** de la personne*
3. *La connaissance de l'**ENVIRONNEMENT** physique et social*

1. Connaissance de la personne

Présentation clinique : concerne l'aspect physique, les installations et positionnements, les comportements de la personne, l'aspect relationnel.

Facteurs personnels (1): évaluation des systèmes organiques (déficiences⁽²⁾), des aptitudes⁽³⁾, et incapacités (4), des déterminants personnels (les valeurs, les motivations, les intérêts, des croyances, ...)

(1) Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc....

(2) Une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique. (PPH)

(3) L'aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. L'aptitude est la dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement. La capacité correspond à l'expression positive d'une aptitude. (PPH)

(4) L'incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude. (PPH)

2. Connaissance de la participation sociale de la personne

Les « **habitudes de vie** » (1): évaluation des habitudes de soins personnels, domestiques, de communication, de loisirs, d'éducation, de travail, ... soit **antérieures** à la prise en charge, soit **simultanées** à la prise en charge.

(1) Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc, ...). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (PPH)

3. Connaissance de l'environnement de la personne

Environnement physique : évaluation des éléments liés à l'environnement matériel qui influencent positivement (facilitateurs (1)) ou négativement (obstacles (2)) l'autonomie et l'indépendance de la personne lors de la réalisation de ses habitudes de vie.

Environnement social : évaluation des éléments liés à l'environnement humain et social qui influencent positivement (facilitateurs) ou négativement (obstacles) l'autonomie et l'indépendance de la personne.

(1) Facilitateur : Un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

(2) Obstacle : Un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

3^e PARTIE : FORMULATION DE LA SITUATION DE HANDICAP DE LA PERSONNE

1. Projet de la personne et/ou de son entourage

L'intervenant recueille, analyse les attentes et les projets de la personne et de son entourage. Les projets de la personne et de sa famille peuvent s'exprimer sous la forme d'habitudes de la vie quotidienne et d'habitudes de la vie sociale dans lesquelles il souhaite s'intégrer (la scolarité, les déplacements, les soins personnels, la nutrition, les loisirs, ...).

2. Situation de handicap de la personne :

Selon le Processus de Production du Handicap, une situation de handicap correspond à la ***réduction de la réalisation des habitudes de vie***, des occupations, résultant de l'interaction entre *les facteurs personnels* (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et *les facteurs environnementaux* (les facilitateurs et les obstacles).

Quoique souvent présent dans notre discours professionnel, ce concept est souvent mal interprété et devient un amalgame de l'ensemble des difficultés de la personne.

En conséquence de quoi, il devient peu lisible et de ce fait peu opérationnel pour orienter notre intervention.

En référence à la définition rappelée ci-dessus, la démarche pour formuler une situation de handicap consiste à suivre une réflexion en 3 étapes :

1^{re} étape > sélectionner **les habitudes « prioritaires »** c'est-à-dire celles qui rencontrent simultanément une difficulté de réalisation, une absence de stratégies compensatoires efficaces (aides techniques/aménagements ou humaines) et l'expression d'une insatisfaction importante de la part de la personne et/ou de ses représentants (famille, éducateurs, ...).

Dès le moment où l'on considère que notre action doit contribuer à améliorer la participation sociale de la personne, les habitudes « prioritaires » peuvent être assimilées aux BUTS (finalités) de notre intervention autour desquels seront formulés les OBJECTIFS opérationnels de celle-ci et ensuite les TACHES à entreprendre pour tenter de les atteindre.

2^e étape > sélectionner **les facteurs personnels « prioritaires » (déficiences, incapacités)** c'est-à-dire ceux qui *compromettent directement le potentiel de réalisation* des habitudes prioritaires sélectionnées lors de la 1^{re} étape. D'autres déficiences et incapacités n'ayant pas un impact direct sur la faisabilité des habitudes prioritaires seront *momentanément* reléguées au second plan.

3^e étape > sélectionner **les facteurs environnementaux « prioritaires » (obstacles, facilitateurs)** c'est-à-dire ceux qui compromettent la réalisation des habitudes prioritaires sélectionnées lors de la 1^{re} étape (= *obstacles*) ainsi que ceux qui peuvent au contraire faciliter leur réalisation à condition de les exploiter judicieusement (= *faciliteurs*).

La situation de handicap n'est jamais figée dans le temps car elle résulte de l'interaction de facteurs qui se modifient régulièrement. Par conséquent un Plan d'Intervention Individualisé devra également tenir compte de cette dynamique en prévoyant des procédures de révision.

4^e PARTIE : PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ

1. Objectifs & stratégies d'intervention

Formulation des objectifs en fonction de la situation de handicap de la personne.

L'objectif représente une finalité à atteindre, il est formulé de façon opérationnelle.

Il décrit un ensemble de comportements ou performances dont la personne doit se montrer capable. L'objectif décrit le résultat à atteindre au terme de l'intervention.

La précision de l'objectif permet également d'évaluer ensuite les effets d'une intervention en termes de contrôle de la qualité de celle-ci.

Les objectifs proposent des stratégies d'intervention adaptées aux besoins de la personne mais également compatibles avec les ressources de l'environnement institutionnel (ressources humaines, compétences, ressources matérielles,...) pour élaborer une intervention efficace.

Ces stratégies prendront notamment les formes suivantes :

1.1 Interventions sur la personne :

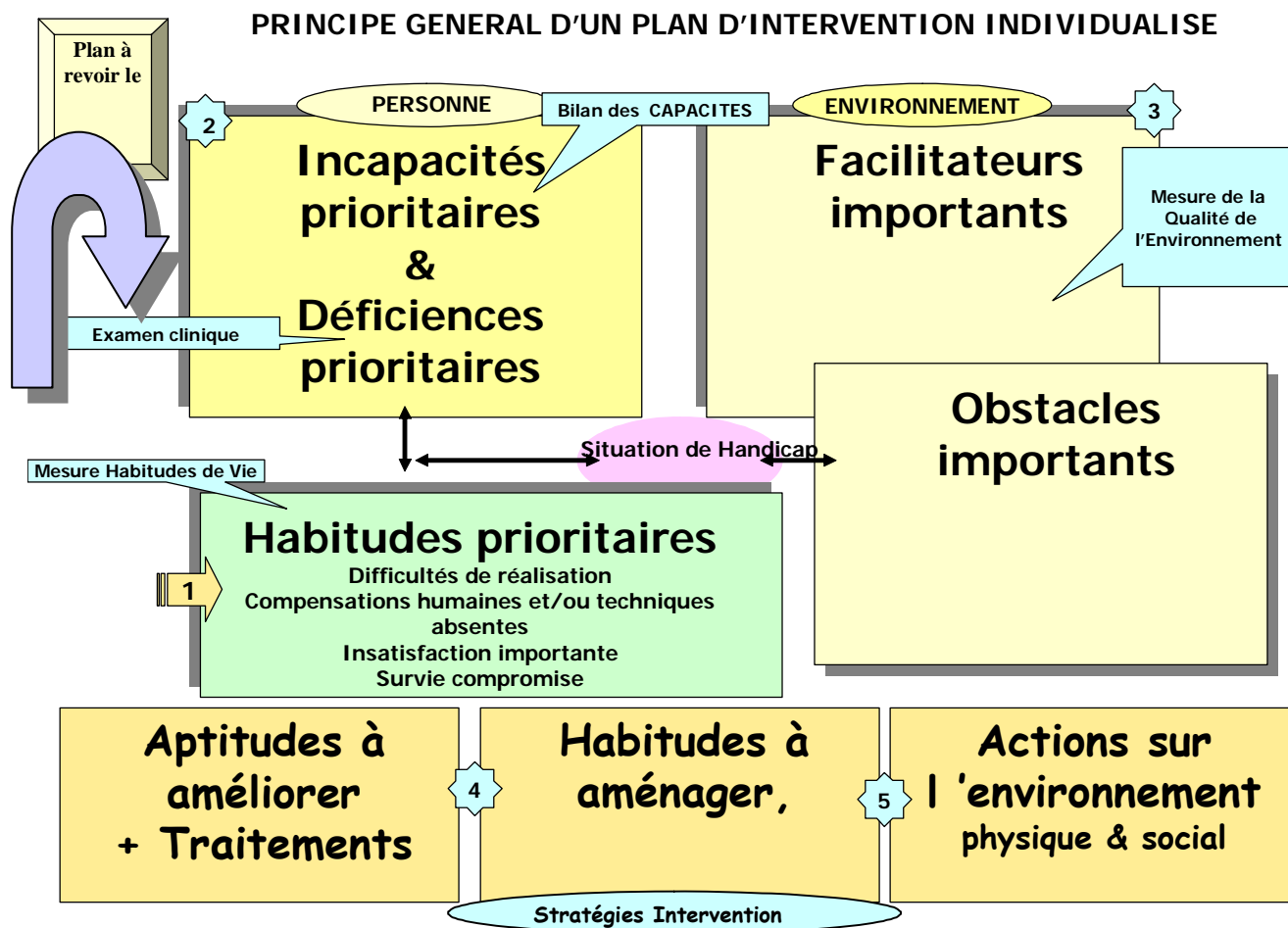
- ✓ rééducation des incapacités identifiées comme étant prioritaires
- ✓ traitement médical et paramédical des déficiences
- ✓ accompagnement psychologique de la personne
- ✓ etc ...

1.2 Interventions sur la participation sociale de la personne :

- ✓ améliorer l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne de la personne : se nourrir seul, s'habiller seul, se laver seul, se déplacer seul, ...
 - ✓ favoriser l'intégration scolaire
 - ✓ permettre l'accès à des loisirs adaptés à l'âge de la personne et à ses capacités
- etc... .

1.3 Interventions sur l'environnement physique et social de la personne :

- ✓ recherche des aides techniques de compensation : fauteuil roulant, aides visuelles, ...
- ✓ adaptation de l'environnement de vie : aménagement des obstacles de l'habitat, ...
- ✓ identification et organisation des ressources humaines proches de la personne : améliorer l'attitude et le support de la famille, rechercher d'autres aides humaines, améliorer l'attitude des enseignants, ...
- ✓ mise en oeuvre de ressources communautaires publiques ou privées : aides financières, recherche d'établissements d'éducation, de rééducation, assistance médicale, système de transport, ...



5. Expérimentation du PIR

36 professionnels participent à une 1^{re} expérimentation de la méthodologie à l'issue de laquelle une 1^{re} évaluation est expérimentée

<u>Formation : "Projet individualisé de réadaptation"</u>	<u>ALGER</u>	<u>CONSTANTINE</u>	<u>Total</u>
Nombre de participants	19	17	36
Médecins spécialisés	5	4	9
Kinésithérapeutes	6	10	16
Ergothérapeutes	4		4
Appareilleurs orthop.	2		2
Sage femme		1	1
Psychologue	1		1
Psychomotricien	1		1
Travailleur social		1	1
Autre		1	1
dont des enseignants	8	5	13

A évaluation de l'intérêt de la méthodologie au terme de 4 journées de travail :

1. Pensez-vous qu'un PROJET INDIVIDUALISE DE READAPTION puisse améliorer la qualité de votre intervention et de celle de vos collègues en tentant de répondre aux besoins du patient ?
2. Pensez-vous qu'il soit possible d'organiser progressivement un PROJET INDIVIDUALISE DE READAPTION au sein de votre établissement ou des établissements en général (formateurs)?
3. Quels sont les principaux obstacles à l'organisation progressive d'un PROJET INDIVIDUALISE DE REA-

DAPTATION au sein de votre établissement ou des établissements en général (formateurs) ?
 4. *Souhaitez-vous expérimenter davantage cette méthodologie et participer à un travail collectif d'adaptation de la méthodologie aux réalités du système de santé algérien ?*
 Si vous répondez OUI : indiquez vos coordonnées pour permettre à l'IFNPPF de vous contacter afin de vous convier à une prochaine réunion de coordination de cette expérimentation.

	<u>ALGER</u>	<u>CONSTANTINE</u>	<u>Appréciation moyenne</u>
1. <i>Pensez-vous qu'un PROJET INDIVIDUALISE DE READAPTION puisse améliorer la qualité de votre intervention et de celle de vos collègues en tentant de répondre aux besoins du patient ?</i>	OUI 100%	100%	100%
	NON		
	Abstention		
Arguments complémentaires formulés	<i>fréquence</i>	<i>fréquence</i>	<i>fréquence tot. classement</i>
<u>Approche plus complète des besoins individuels des patients</u>	16	10	26 (79%) 1re
<u>Valorisation du travail pluridisciplinaire, meilleure communication entre les membres de l'équipe</u>	8	7	15 (45%) 2e
<u>Méthodologie plus systématique pour formuler les objectifs</u>	4	1	5 3e
<u>Méthodologie à inclure dans la formation des paramédicaux</u>	3		3

La majorité des participants a perçu l'intérêt d'un PIR pour offrir une meilleure prise en charge du patient qui ne devrait plus être considéré uniquement en tant qu'objet de soins.
 Le PIR focalise également la possibilité d'améliorer le travail pluridisciplinaire ainsi la transmission des informations écrites et orales entre le médecin et les paramédicaux ou entre les différentes disciplines paramédicales.

	<u>ALGER</u>	<u>CONSTANTINE</u>	<u>Appréciation moyenne</u>
2. <i>Pensez-vous qu'il soit possible d'organiser progressivement un PROJET INDIVIDUALISE DE READAPTATION au sein de votre établissement ou des établissements en général (formateurs)?</i>	OUI 93.3%	100%	96.6%
	NON		
	Abstention 6.7%		3.4%
Arguments complémentaires formulés	<i>fréquence</i>	<i>fréquence</i>	<i>fréquence tot. classement</i>
Les besoins de la population traitée justifie la réalisation d'un PIR	1	1	2
Attitude favorable du gestionnaire		2	2
Attitude favorable du médecin chef de service	1		1
Ressources matérielles suffisantes		2	2
<u>Ressources humaines qualifiées suffisantes</u>	4	4	8 1re
<u>Motivation du personnel</u>	2	2	4 2e
<u>Collaboration entre les institut.de formation et établis. de soins</u>	2	1	3 3e
Collaboration avec les familles des patients		1	1

Le pourcentage général confirme la volonté des participants de considérer que la mise en place d'un PIR demeure de l'ordre du possible dans leur réalité professionnelle.

La diversité des disciplines paramédicales présentes dans un service ainsi que la motivation des professionnels constituent un atout pour la mise en place d'un PIR.

La collaboration entre des enseignants et les professionnels de terrain apparaît également constituer un facilitateur supplémentaire.

	<u>ALGER</u>	<u>CONSTANTINE</u>	<u>TOTAL</u>	
3. <i>Quels sont les principaux obstacles à l'organisation progressive d'un PROJET INDIVIDUALISE DE READAPTATION au sein de votre établissement ou des établissements en général (formateurs) ?</i>				
Arguments formulés	<i>fréquence</i>	<i>fréquence</i>	<i>fréquence tot.</i>	<i>classement</i>
<u>Attitude de la direction administrative des établissements</u>	3	4	7 3e	
<u>Attitude de la direction médicale du service</u>	4	7	11 2e	

Ressources humaines qualifiées insuffisantes	2	2	4	5e
ressources économiques et matérielles insuffisantes	3	3	6	4e
offres de services: absence d'accompagnement à domicile	4		4	5e
Organisation du travail: gestion du temps	4		4	5e
Organisation du travail: nombre de patients à suivre	1	1	2	6e
Organisation du travail: le travail pluridisciplinaire(réunions...)	4	8	12	1re
Attitudes des professionnels: résistance au changement	2	4	6	4e
Absence d'obstacle à la mise en place d'un PIR		3	3	

Alors que durant la formation, l'obstacle de l'insuffisance des ressources économiques et matérielles a souvent été évoqué par certains participants, il apparaît que l'absence de reconnaissance des compétences professionnelles de chaque discipline ainsi que du droit à une autonomie d'action constituent des entraves majeures.

L'attitude de certains gestionnaires et responsables médicaux s'oppose à une réelle collaboration interdisciplinaire ou transdisciplinaire. Ce dysfonctionnement se traduit sur le terrain par l'absence de réunions d'équipe, l'impossibilité d'accéder à certaines informations médicales, une absence d'autonomie et d'identité professionnelle, ...

ALGER CONSTANTINE Appréciation moyenne

4. Souhaitez-vous expérimenter davantage cette méthodologie et participer à un travail collectif d'adaptation de la méthodologie aux réalités du système de santé algérien ?

Si vous répondez OUI : indiquez vos coordonnées pour permettre à l'IFNPPF de vous contacter afin de vous convier à une prochaine réunion de coordination de cette expérimentation.

OUI	100%	93.3%	96.6%
NON			
Abstention		6.7%	3.4%
Institutions représentées :			

Ecole de Formation Paramédicale Alger

CHU Sidi Belabbes

Ecole de Formation Paramédicale Siddi Belabbes

EHS Ben Aknoute

SRF de Constantine

Ecole de Formation Paramédicale de Constantine

APIMC de Setif

SRF de Sétif-Ras el Ma

Les équipes de Sidi Belabbes, Ben Aknoute, Constantine et de Sétif désirent poursuivre l'expérimentation de la mise en place de cette méthodologie au sein de leur service. De même, les enseignants désirent également intégrer cette méthodologie dans leur enseignement, dans la réalisation de TFE, ...