

## Réadaptation à base communautaire versus interventions communautaires de réadaptation et réadaptation dans la communauté : comparaison des concepts, et enjeux québécois et internationaux

CHANTAL CAMDEN<sup>1</sup> ET MÉLANIE LEVASSEUR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre de réadaptation Estrie, Sherbrooke, Canada

<sup>2</sup>École de Réadaptation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Article

---

### Résumé

Les situations de crise humanitaire touchent fréquemment les pays en voie de développement, pays où l'organisation des services de réadaptation s'appuie couramment sur la réadaptation à base communautaire (RBC). Parallèlement, la RBC est de plus en plus utilisée dans les pays industrialisés. La RBC est officiellement une stratégie de développement communautaire inclusif qui vise à favoriser la participation sociale des personnes en situations de handicap. Il existe cependant un flou conceptuel dans les écrits scientifiques sur la RBC et deux autres formes de collaboration avec la communauté, soit les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. Les objectifs de cet article conceptuel sont : 1) de comparer ces trois formes de collaboration et 2) d'identifier quelques enjeux associés au travail en collaboration avec la communauté, et ce, pour le Québec, les pays industrialisés, les pays en voie de développement et les situations de crise. Les comparaisons mettent en évidence le fait que la RBC est une forme de collaboration avec la communauté qui demande une approche plus systémique, pouvant inclure les interventions communautaires de réadaptation (qui renvoient surtout à un type de services) et la réadaptation dans la communauté (qui renvoie principalement à un lieu d'intervention). Quelques enjeux sont propres à la RBC (ex. : le renforcement des liens avec les services spécialisés en comparaison avec les services communautaires) alors que d'autres sont communs aux trois formes de collaboration (ex. : les déplacements). De plus, la majorité des enjeux présentent des défis différents selon le contexte. La RBC est une stratégie globale de réadaptation qui est intéressante dans l'optique de favoriser, notamment en situation de crise, la participation sociale des membres de la communauté. D'autres recherches sont toutefois nécessaires afin de préciser les formes de collaboration avec la communauté les plus efficaces dans divers contextes.

**Mots-clés** : réadaptation à base communautaire, réadaptation, communauté, organisation des services

### Abstract

Humanitarian crisis situations frequently affect developing countries that have adopted Community Based Rehabilitation (CBR) to organize rehabilitation services at the community level. At the same time, CBR has increasingly been used in industrialized countries. CBR should be understood as an inclusive community development strategy aiming to promote the social participation of persons living in disabling situations. However, there is conceptual confusion in the scientific literature about CBR and two other forms of community collaboration, either the community-based rehabilitation interventions or community rehabilitation. The objectives of this conceptual article are: 1) to compare these three forms of collaboration, and 2) to identify some of the issues associated with the work in partnership with communities of the province of Québec (Canada), industrialized countries, developing countries, as well as in the context of humanitarian crisis situations. Comparisons put into evidence that CBR is a form of community collaboration that calls for a more systemic approach that may include community-based rehabilitation interventions (mainly referring to a certain type of services) and rehabilitation in the community (mainly referring to the location where services are delivered). Some issues are specific to RBC (e.g. strengthening of partnerships with specialized services compared to community services), while the others are common to the three forms of community collaboration (e.g. transportation). In addition, the majority of the issues present challenges that are different depending on the context. CBR is a global rehabilitation strategy that might be of interest to those wishing to promote, notably in crisis situations, the social participation of all community members. However, further research is needed to identify the forms of community collaboration that are the most efficient in various settings.

**Key words** : community-based rehabilitation, rehabilitation, community, delivery of services

## Introduction : crises et réadaptation à base communautaire

Les situations de crise humanitaire ont des conséquences nombreuses pour la réadaptation : augmentation du nombre de personnes ayant des déficiences et des incapacités, perturbation de la société civile et du système de santé et négligence des besoins des personnes vivant des situations de handicap (World Health Organization [WHO], 2007). Ces situations de crise se produisent majoritairement dans les pays en voie de développement, pays où l'organisation des services de réadaptation s'appuie fréquemment sur la réadaptation à base communautaire (RBC). Parallèlement, depuis quelques années, la RBC est de plus en plus utilisée dans les pays industrialisés. Sans être liée à des situations de crise humanitaire, l'utilisation de la RBC dans les pays industrialisés pourrait être liée à d'autres types de « crises » (c.-à-d. phases difficiles traversées par un groupe social) : rationnement des dépenses de l'État (peut être lié à une crise financière), pénurie de ressources professionnelles qualifiées, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population et remise en question des modèles axés sur une dispensation des services de réadaptation principalement par les hôpitaux (Barnes & Radermacher, 2001; Kendall, Muenchberger & Catalano, 2009).

Les situations de crise, humanitaire, financière ou autre, déstabilisent tous les secteurs sociaux des pays, incluant l'économie et le système de santé. Les systèmes de santé publics, tel que celui du Québec, sont fortement dépendants des ressources de l'État. Or, lorsque ces ressources sont plus rares ou dirigées vers d'autres services qui semblent avoir des besoins plus criants (notamment lors d'une réallocation des ressources vers les soins d'urgence), l'accessibilité des services de santé est compromise. Les États peuvent également décider de limiter ou modifier les services offerts gratuitement, ce qui compromet l'accessibilité non seulement sur le plan de l'offre de services, mais aussi sur le plan des coûts. Les listes d'attente s'allongent alors et les clients

voient leurs droits aux services atteints (Carrier, Levasseur, & Mullins, 2009).

Les services de santé et de réadaptation doivent garantir à chaque individu le droit fondamental de développer son plein potentiel, ce qui représente l'un des plus importants objectifs sociaux. À l'échelle internationale, plusieurs initiatives, dont la conférence d'Alma Ata de 1978 (WHO, 1978), ont été créées afin de promouvoir l'accessibilité à de tels services, et particulièrement à des soins de santé primaires pour tous. « *Les soins de santé primaires doivent aborder les principaux problèmes de santé de la communauté, en offrant les services afin de prodiguer, promouvoir, prévenir, guérir et réhabiliter en conséquence.* » (traduction libre; OMS, 1978; p. 2).

## La réadaptation à base communautaire et son utilisation

La réadaptation, laquelle implique un continuum de soins allant des soins primaires aux services spécialisés, a subséquemment subi des transformations importantes. La partie des soins primaires de réadaptation a ultimement donné lieu à la RBC, stratégie initiée et promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Khasnabis & Motsch, 2008; WHO, 2005). Afin de relier les soins primaires dispensés par des agents de promotion de la santé dans la communauté aux soins spécialisés dispensés par des professionnels dans les hôpitaux, la RBC inclut fréquemment différents mécanismes de référence (Mitchell, 1999). La RBC a toutefois évolué conceptuellement depuis ses débuts. Elle vise maintenant non seulement l'accessibilité des services, mais également la participation sociale des personnes en situations de handicap. Elle est actuellement définie comme étant « *une stratégie faisant partie du développement communautaire général qui vise à la réadaptation, à l'égalité des chances et à l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées* » (Bureau international du travail, Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture & OMS, 2004; p. 2).



Initialement, et encore aujourd'hui, la RBC a été particulièrement adoptée dans les pays en voie de développement. Quant aux pays industrialisés, au moment où la RBC fut initiée, la plupart avaient déjà des systèmes de santé publique où l'organisation des services était articulée autour des centres hospitaliers, ce qui limitait possiblement l'intérêt pour la RBC. En effet, parmi les 90 pays utilisant officiellement la RBC en ce moment, aucun pays industrialisé n'est mentionné (Khasnabis & Motsch, 2008). Pourtant, le concept de RBC est de plus en plus utilisé dans les pays industrialisés. Tout comme le temps et les contextes, la RBC change (Kaznabis, 2010). L'accent est actuellement mis sur le développement de sociétés inclusives, ce qui implique de considérer les besoins de tous les individus lors du développement communautaire. Visant l'amélioration de la qualité de vie de la population, le développement de sociétés inclusives nécessite une collaboration entre les acteurs des milieux de la réadaptation et ceux de la communauté. En plus de la RBC, d'autres formes de collaboration avec la communauté existent, ce qui engendre un défi conceptuel dans l'utilisation adéquate de ces concepts.

### **Le flou conceptuel entourant la réadaptation à base communautaire**

L'utilisation interchangeable de la RBC et de concepts apparentés entraîne un flou conceptuel. Kendall et collaborateurs (2009) mentionnent que « *...l'ambiguïté et la confusion ont émergé étant donné que les chercheurs ont utilisé de façon interchangeable des mots tels que "RBC", "réadaptation communautaire" ou simplement "réadaptation dans la communauté"* » (traduction libre; p. 2). Dans les écrits francophones, l'appellation « community based rehabilitation » est généralement traduite par « réadaptation à base communautaire ». Certains auteurs utilisent cependant aussi « réadaptation communautaire » (Saillant & Fougeyrollas, 2006; Tremblay & Tremblay, 2002). Même l'OMS, dans certains documents de son site Web, utilise de façon interchangeable les concepts « services communautaires de réadaptation », « réadaptation communautaire » et « réadaptation au sein de la communauté »

(OMS, 2010). Non seulement les concepts sont utilisés de façon interchangeable, mais le terme RBC est employé pour décrire des projets qui possèdent des caractéristiques différentes, principalement quand on compare les projets de RBC dans les pays en voie de développement avec ceux des pays industrialisés. Afin de faire ressortir ces différences, il importe d'abord de décrire brièvement les objectifs, les principales activités et les caractéristiques qui ressortent généralement des projets de RBC dans ces deux groupes de pays.

D'une part, les objectifs des projets de RBC, dans les **pays en voie de développement**, comprennent fréquemment des éléments tels que l'estime de soi, l'*autonomisation* (empowerment), la confiance et la participation sociale des personnes en situations de handicap, le bien-être physique et la promotion des droits humains (WHO & Swedish Organization of Disabled Persons International Aid, 2002a, 2002b). Les principales activités réalisées dans ces projets de RBC incluent :

- le soutien et les conseils;
- l'entraînement aux activités courantes, incluant la mobilité;
- l'accès à des prêts (financiers et d'équipements);
- les activités communautaires de sensibilisation;
- les activités de préparation à l'emploi;
- la création de groupes de soutien;
- le développement de partenariats avec les autorités et les écoles (WHO & Swedish Organization of Disabled Persons International Aid, 2002a; 2002b).

Les caractéristiques particulières des projets de RBC réalisés dans les pays en voie de développement incluent : leur association aux réseaux de soins de santé primaires (Baolin & Huang, 1999; Lee & Lee, 2003), le partenariat avec d'autres secteurs sociaux (ex. : la sécurité afin de prévenir la violence) et l'accent sur le développement communautaire. Il s'agit cependant de caractéristiques générales, car certains projets mettent l'accent sur les besoins et trai-

tements médicaux ou spécialisés de réadaptation, et certains sont l'extension de programmes hospitaliers (Barnes & Rademacher, 2001).

D'autre part, les objectifs des projets de RBC dans les **pays industrialisés** sont principalement de favoriser rapidement le retour de la personne dans son milieu de vie, d'offrir les services dans sa communauté et d'optimiser sa qualité de vie. Plus précisément, il est fréquemment question de l'amélioration :

- de la performance lors de la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux (Hartman-Maeir et al., 2007; Powell, Heslin & Greenwood, 2002), des relations interpersonnelles (Barbato et al., 2007);
- de la satisfaction envers les soins (comparativement aux soins en milieu hospitalier) (Hartman-Maeir et al., 2007; Powell et al., 2002);
- des coûts associés aux soins (Jitapunkul, Bunnag, & Ebrahim, 1998).

Cette diminution des coûts serait principalement associée à une plus courte durée de séjour à l'hôpital (Beech, Rudd, Tilling & Wolfe, 1999; Jitapunkul et al., 1998). Les principales activités de RBC des pays industrialisés renvoient fréquemment à des interventions réalisées hors des murs hospitaliers et par des professionnels de la santé. Plusieurs interventions spécialisées, caractérisées par une grande diversité, peuvent être incluses à l'intérieur de ces projets de RBC. Il existe cependant certaines exceptions, notamment lorsque les interventions font plutôt référence à des projets communautaires, comme en Australie, où des agents de promotion de la santé, particulièrement dans des zones rurales et indigènes, interviennent (Kuipers & Allen, 2004; Kuipers, Kendall, & Hancock, 2001; 2003). Au Québec, l'appellation « RBC » est peu ou pas utilisée pour décrire les interventions de réadaptation. Plusieurs interventions de réadaptation s'effectuent toutefois dans la communauté.

Ces exemples issus de pays en voie de développement et des pays industrialisés illustrent le fait que les liens entre la communauté et la

réadaptation peuvent être très variés, et renvoient à différentes organisations et divers types de services. La réadaptation devrait toujours impliquer, dans une certaine mesure, la communauté (Wade, 2003). Or, dans certains projets qualifiés de RBC, la communauté est davantage perçue en fonction du lieu d'intervention favorisant l'atteinte d'objectifs, et non pas comme un partenaire à part entière. « *Ceci peut porter à confusion avec l'orientation focalisée de la RBC* » (traduction libre; Sakellariou & Pollard, 2006; p. 562).

Plusieurs implications importantes découlent de l'absence de consensus dans les écrits scientifiques entourant l'utilisation de ces concepts, dont des difficultés de communication entre les personnes qui utilisent les appellations « RBC », « interventions communautaires de réadaptation » et « réadaptation dans la communauté ». De plus, le manque de standardisation dans l'utilisation des concepts rend la comparaison de résultats de recherche ardue. L'élaboration, l'implantation ou l'évaluation de programmes de RBC est également complexifiée. Les interventions et les efforts politiques issus de la RBC peuvent par conséquent être incomplets ou manqués, notamment à cause d'enjeux différents pour l'organisation des services, particulièrement en situations de crise. Finalement, d'autres implications ayant trait aux bases scientifiques ou à la conception de projets de recherche (modèle conceptuel sous-jacent à l'étude, définition et identification des variables à l'étude, méthode de collecte des données, etc.) portant sur la RBC sont considérables. Par exemple, la grande diversité des projets de RBC et le flou conceptuel rendent difficile :

- l'implantation de ces programmes;
- l'identification d'indicateurs permettant de les évaluer (Kendall, Buys & Lerner, 2000; Vellema, Finkenflugel & Cornielje, 2008). Des indicateurs ont toutefois été proposés pour évaluer la capacité, dans un contexte donné, à implanter et pérenniser la RBC (Raja, Boyce, Ramani & Underhill, 2008).

Afin de soutenir le développement de programmes de réadaptation favorisant la participation



sociale des personnes en situations de handicap et de formuler des lignes directrices favorisant l'implantation de ces programmes, il importe d'engager le débat sur la conceptualisation de la RBC. Bien qu'il existe une définition claire de la RBC (Bureau international du travail et al., 2004), que ses caractéristiques aient été explicitées et que différents modèles aient été proposés (Kendall et al., 2009), la RBC n'a pas, à notre connaissance, été comparée avec les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. Puisque ces trois formes de collaboration avec la communauté sont utilisées de façon interchangeable dans les écrits scientifiques, il importe de clarifier leurs similitudes et différences sur le plan conceptuel, mais également sur le plan des enjeux pour l'organisation des services. Les objectifs de cet article conceptuel sont :

- de comparer ces trois formes de collaboration avec la communauté sur la base de critères caractérisant leurs principales composantes et activités;
- d'identifier quelques enjeux associés au travail en collaboration avec la communauté, et ce, pour le Québec, les pays industrialisés, les pays en voie de développement et les situations de crise.

Ainsi, les écrits scientifiques sur la RBC ont été sélectionnés afin de permettre d'éclaircir les différentes formes de collaboration et de donner des exemples concrets. Nous croyons qu'un seul type de collaboration avec la communauté représente réellement la RBC, celui qui renvoie au modèle autodéterminé (voir ci-dessous) de Kendall et collaborateurs (2009). Les autres types de collaboration avec la communauté, toujours selon notre avis, correspondent à la réadaptation dans la communauté et aux interventions communautaires de réadaptation.

### **Comparaison : réadaptation à base communautaire, interventions communautaires de réadaptation et réadaptation dans la communauté**

Les caractéristiques principales de la RBC peuvent être utilisées pour la contraster avec les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. Kendall et collaborateurs (2009) ont défini ce qu'ils nomment « différents modèles de RBC » à partir des caractéristiques suivantes : la source de connaissance, le degré de transparence, l'échange d'information, les mécanismes de changement, le développement d'habiletés, l'impact sur les utilisateurs de services, le rôle des intervenants, le rôle des utilisateurs de services, l'engagement de la communauté, l'orientation dans la pratique et les aspects disciplinaires. Ils précisent que ces caractéristiques peuvent s'opérationnaliser selon un continuum représentant différentes formes d'organisation des services, allant du modèle expert au modèle autodéterminé, ce dernier s'avérant la forme la plus « pure » de RBC. Selon nous, ces caractéristiques et la notion de continuum peuvent aussi aider à différencier la RBC, les interventions communautaires en réadaptation et la réadaptation dans la communauté. D'autres critères doivent également être utilisés pour contraster ces trois formes de collaboration avec la communauté. Les concepts sous-jacents à ces formes de collaboration doivent être préalablement définis, incluant les concepts de « réadaptation » et de « communauté ».

### **Définition des trois concepts**

Dans un article portant sur la réadaptation communautaire et la réadaptation dans la communauté, Wade (2003) présente d'intéressantes définitions des mots « réadaptation » et « communauté ». Selon lui, « *la réadaptation peut être définie comme un processus itératif de résolution de problèmes et d'éducation qui met l'accent sur les déficiences et les incapacités, et cherche à maximiser la participation dans la société tout en minimisant le stress et l'anxiété chez les patients et leur famille* » (tra-

duction libre; p. 875). Quant à la communauté, il la définit comme étant

« ... l'environnement physique et social d'un patient, de son milieu de vie. C'est habituellement par opposition aux hôpitaux, ou à d'autres milieux institutionnels où le patient peut aller ou résider pour de courtes périodes pendant qu'il reçoit des services. La communauté peut inclure une résidence de soins s'il s'agit du milieu de vie à long terme du patient, mais cela n'inclut normalement pas un hôpital (milieu interne ou externe) ou de courts séjours dans une résidence de soins ou ailleurs » (traduction libre; p. 876).

Cette définition de la communauté est inclusive et peut comprendre non seulement le domicile (ex. : maison ou résidence) et les milieux de vie (ex. : de travail, d'études ou de loisirs), mais également les établissements de santé qui ne sont pas des hôpitaux (ex. : les centres de réadaptation et le soutien à domicile des

Centres de santé et de services sociaux [CSSS] qui font partie du système de santé québécois). Une dichotomie entre les milieux hospitaliers bureaucratiques et le reste des milieux où la réadaptation peut être réalisée est sous-jacente à cette définition. Toutefois, certains centres de réadaptation des pays industrialisés ont des infrastructures médicales plus lourdes que certains hôpitaux ruraux des pays en voie de développement. La définition de la communauté proposée par Wade a néanmoins l'avantage d'inclure la plupart des contextes utilisés dans les écrits scientifiques.

Le document officiel de l'OMS intitulé « *RBC. Stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées* » (Bureau international du travail et al., 2004) présente la définition la plus connue de la RBC (Tableau 1). Selon ce document, la RBC doit :

- utiliser un modèle social de référence, tel que la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF; OMS, 2001);

**TABEAU 1 : DÉFINITION DE LA RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE, DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES DE RÉADAPTATION ET DE LA RÉADAPTATION DANS LA COMMUNAUTÉ**

| Concept                                      | Définition   |
|--|--|
| Réadaptation à base communautaire            | « <i>Stratégie faisant partie du développement communautaire général qui vise à la réadaptation, à l'égalité des chances et à l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées</i> » (Bureau international du travail et al., 2004; p. 2)   |
| Interventions communautaires de réadaptation | « <i>Interventions auprès d'un ensemble de personnes dans la communauté sans cibler d'usagers en particulier</i> » afin de : 1) favoriser l'ouverture à l'intégration sociale, 2) augmenter l'accessibilité physique, diminuer les barrières, 3) encourager et soutenir l'émergence de programmes et services pris en charge par la communauté, 4) favoriser, influencer et soutenir les politiques sociales qui ont un impact pour les personnes ayant des incapacités et 5) favoriser le développement de compétences adaptées aux besoins de la clientèle de nos partenaires (Centre de réadaptation Estrie, 2009; p. 16) |
| Réadaptation dans la communauté              | Activités mettant l'accent sur les incapacités d'un individu, afin de maximiser sa participation dans la société, et se déroulant dans son environnement physique et social, son milieu de vie (Wade, 2003)  |



- faire la promotion des droits de l'homme;
- viser à réduire la pauvreté;
- favoriser le développement de communauté inclusive;
- encourager l'implication des personnes en situations de handicap et la participation de leurs organisations.

La durabilité des programmes de RBC repose essentiellement sur l'implication d'agents communautaires et la coordination et l'allocation de ressources par les différents secteurs du gouvernement, des paliers communautaires aux paliers nationaux.

L'appellation « interventions communautaires » est fréquemment utilisée en santé communautaire, mais peu en réadaptation, bien que ce concept soit en émergence. Récemment, le Centre de réadaptation Estrie s'est doté de la définition présentée dans le Tableau 1 afin de décrire ses interventions communautaires. Ces interventions incluent différents types d'activités, dont des :

- formations et séances d'information aux partenaires communautaires;
- séances ponctuelles de sensibilisation, de consultation ou de coaching auprès de la population en réponse à des besoins de la communauté;
- représentation dans différents comités ou conseils d'administration;
- collaboration à d'autres activités prises en charge par la communauté.

Quant à la réadaptation dans la communauté (Tableau 1), elle pourrait, de façon implicite, correspondre à toutes les activités de réadaptation ayant lieu dans la communauté, en fonction des définitions de réadaptation et de communauté présentées ci-dessus. En bref, la réadaptation dans la communauté renvoie principalement à un lieu d'intervention, tandis que les interventions communautaires de réadaptation renvoient surtout à un type de services.

### **Caractéristiques principales des trois concepts**

Sur la base de ces définitions, les principales caractéristiques de la RBC, des interventions communautaires de réadaptation et de la réadaptation dans la communauté peuvent être dégagées (Tableau 2). Ces trois formes de réadaptation présentent certaines similitudes, mais également des différences importantes. Les caractéristiques présentées s'inscrivent dans un continuum où la RBC présenterait une approche plus globale et exigerait une plus grande intensité de collaborations avec la communauté.

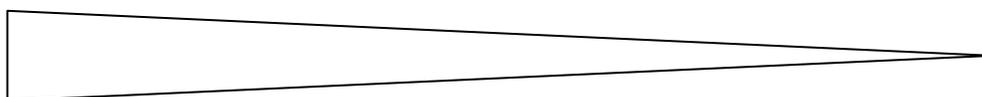
Les trois formes de collaboration avec la communauté sous-tendent des activités différentes, lesquelles peuvent néanmoins s'opérationnaliser grâce à la CIF (OMS, 2001). L'OMS recommande d'utiliser la CIF pour appuyer conceptuellement les activités de RBC. Cette classification peut aussi être utilisée dans le cadre des interventions communautaires de réadaptation et de la réadaptation dans la communauté. Les différentes activités de réadaptation associées aux différentes formes de collaboration avec la communauté peuvent également être soutenues conceptuellement par le modèle du Processus de production du handicap (PPH) (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté & St-Michel, 1998). Partageant certaines similitudes avec la CIF, le PPH a comme avantage d'être global, holistique et écologique (Levasseur Desrosiers & St-Cyr Tribble, 2007). Il illustre d'une façon non stigmatisante le processus des incapacités et reflète l'idéologie des droits humains et de l'égalité. Le PPH décrit d'une façon innovatrice les liens entre les facteurs personnels (intrinsèques) et environnementaux (extrinsèques) qui déterminent le résultat situationnel de la performance des activités courantes et des rôles sociaux (participation sociale). Il fait une distinction claire entre les capacités et la participation sociale (Levasseur et al., 2007). De plus, le PPH facilite la documentation des changements individuels et permet de les distinguer les changements environnementaux et sociaux (Fougeyrollas, 2002). Bref, le PPH est un modèle complet pour soutenir le travail de collaboration avec la communauté.

**TABLEAU 2 CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE, DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES DE RÉADAPTATION ET DE LA RÉADAPTATION DANS LA COMMUNAUTÉ**

|   | <b>Réadaptation à base communautaire</b>   | <b>Interventions communautaires de réadaptation</b>  | <b>Réadaptation dans la communauté</b>   |
|---|--|--|--|
| <b>Principale(s) approche(s) d'intervention utilisée(s)</b> | Approches d'intervention mixtes, incluant :<br>-approche centrée sur le client et sa famille<br>-approche communautaire<br>-approche populationnelle, qui inclut des interventions sur la prévention des facteurs de risques | Approche communautaire, centrée sur les besoins d'un groupe de personnes dans la communauté afin de répondre à leurs besoins généraux; inclut principalement des interventions sur les facteurs environnementaux des personnes en situations de handicap | Approche centrée sur le client et sa famille et approche écosystémique (centrée sur les besoins spécifiques d'un individu qui est en situations de handicap; inclut des interventions sur les facteurs personnels ou environnementaux) |
| <b>Types de changements visés</b>                           | Sociétaux, communautaires et individuels   | Communautaires et individuels  | Individuels et environnementaux (propre à une personne en situations de handicap)  |
| <b>À qui s'adressent les activités?</b>                     | Population de personnes en situations de handicap ou leur entourage; citoyens et partenaires communautaires  | Citoyens et partenaires communautaires   | Personnes en situations de handicap ou leur entourage  |
| <b>Types d'activités</b>                                    | Variés, incluant :<br>- thérapies<br>- consultation, formation et travail en collaboration<br>- activités de développement communautaire<br>- lobbying politique   | Consultation, formation et travail en collaboration avec un groupe de personnes  | De réadaptation (thérapies ou consultation, en individuel ou en groupes)   |
| <b>Qui est responsable des activités?</b>                   | Équipe interdisciplinaire et intersectorielle, agents en promotion de la santé et citoyens   | Professionnel(s) de la réadaptation en collaboration avec des intervenants d'autres secteurs   | Professionnel(s) de la réadaptation  |
| <b>Où se déroulent les activités?</b>                       | Généralement dans la communauté  | Généralement dans la communauté  | Dans la communauté   |
| <b>Rationnel sous-jacent à l'approche</b>                   | Droits humains, développement communautaire  | Réadaptation plus efficiente, société inclusive  | Réadaptation plus efficiente; favorise le transfert des apprentissages et le fonctionnement au quotidien   |



|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Rôle des personnes en situations de handicap</b> | Proactifs – participe à la prise de décisions entourant les différentes activités | Peuvent être impliqués ou non  | Impliqués, mais généralement non proactif dans l'offre de services   |
| <b>Rôle des professionnels</b>                      | Facilitateurs; travail au sein d'une équipe intersectorielle                      | Facilitateurs; forment, conseillent, etc.  | Actif; prestataires de services  |
| <b>Rôle de la communauté</b>                        | Participation active; établit les priorités d'action et prend les décisions       | Membres de la communauté collaborent à l'identification des besoins en lien avec la participation sociale; reçoivent de l'information et développent des capacités | Passif. Le client et des membres de son entourage participent, mais la communauté représente un lieu où se déroulent les interventions |

**Continuum**

Graduation de l'intensité de la collaboration avec la communauté

Tel qu'illustré dans le Tableau 2, la RBC est un concept plus global qui peut inclure les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. En effet, la RBC utiliserait une gamme d'approches couvrant différents types d'interventions (c.-à-d. autant des interventions communautaires de réadaptation que des interventions spécialisées) pouvant être offerts dans différents milieux (c.-à-d. autant dans la communauté que dans les hôpitaux). Les activités sous-jacentes à la RBC couvrent l'ensemble des catégories d'intervention des modèles de la CIF ou du PPH. De même, les types de changements visés par la RBC sont plus systémiques et incluent à la fois ceux visés par les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. D'une part, les interventions communautaires de réadaptation s'adressent aux citoyens et aux partenaires communautaires, et mettent davantage l'accent sur les changements communautaires, même si ultimement, des changements individuels sont visés. En outillant les membres de la communauté, il est possible de multiplier les opportunités favorisant la participation sociale des personnes en situations de handicap. La réadaptation dans la communauté, au contraire, met davantage l'accent sur les changements

individuels. Toutefois, afin d'avoir un impact sur la vie des personnes en situations de handicap, des changements dans l'environnement proximal de l'individu peuvent également être la cible de la réadaptation dans la communauté. En ce qui concerne les personnes auxquelles s'adressent les activités et celles responsables de les mettre en œuvre, la RBC est aussi plus inclusive et intègre un plus grand nombre d'acteurs. La participation et les responsabilités des divers acteurs apparaissent comme des distinctions majeures permettant de différencier les formes de collaboration avec la communauté.

La majorité des activités de RBC, de même que les interventions communautaires de réadaptation, se déroulent dans la communauté. Cependant, ces deux formes d'interaction avec la communauté n'excluent pas explicitement les hôpitaux. Par exemple, la RBC peut inclure les services spécialisés des hôpitaux, composante pouvant être nécessaire afin de répondre aux besoins des personnes en situations de handicap. Quant aux interventions communautaires de réadaptation, elles pourraient inclure, par exemple, des activités de sensibilisation auprès du personnel médical. Au contraire, par définition, la réadaptation dans la communauté

est toujours réalisée à l'extérieur des murs hospitaliers. En effet, selon l'un des principes issus des preuves scientifiques sous-jacentes à la réadaptation dans la communauté, l'acquisition de nouvelles capacités est favorisée lorsque les services de réadaptation sont fournis directement dans le milieu de vie de la personne (Gillen, 2006; Wade, 2003). De plus, l'argumentaire économique voulant que les services soient plus efficaces dans la communauté est également particulier à la réadaptation dans la communauté. Cependant, les interventions communautaires de réadaptation s'en inspirent aussi, même si elles sont surtout basées sur les principes d'une société inclusive. Selon les principes d'une société inclusive, en intervenant auprès de membres de la communauté, on favorise la participation sociale des individus en situations de handicap. Quant à la RBC, elle n'exclut aucun de ces principes, mais elle s'inspire davantage des droits humains et du développement communautaire.

Quant au rôle des différents acteurs, les personnes en situations de handicap sont de plus en plus proactives dans leur processus de réadaptation, notamment en raison de l'intérêt croissant de l'approche centrée sur le client. Pour la RBC, les personnes en situations de handicap sont également très actives, non seulement dans les décisions entourant l'offre de services de réadaptation, mais également dans la mise en œuvre d'activités communautaires en général. Ce n'est généralement pas le cas pour les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. Quant aux professionnels en réadaptation, ils sont actifs au sein des trois formes d'interactions dans la communauté. Toutefois, dans le cas de la RBC et des interventions communautaires de réadaptation, ils jouent fréquemment un rôle de facilitateurs ou de consultants.

Enfin, le rôle de la communauté est une autre caractéristique importante qui permet de distinguer la RBC, les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. La plupart du temps, les membres de la communauté participent activement

au développement des activités des interventions communautaires de réadaptation. Toutefois, ils pourraient également être, tout comme pour la réadaptation dans la communauté, bénéficiaires des interventions mises en œuvre par les professionnels de la réadaptation.

En résumé, ces caractéristiques permettent de différencier la RBC, les interventions communautaires et la réadaptation dans la communauté. La RBC est davantage une **approche**, une stratégie impliquant fortement la communauté et visant des changements sociaux globaux (Kendall et al., 2009) en favorisant le continuum de santé, de la prévention des maladies à la participation sociale. Les interventions communautaires de réadaptation seraient surtout un **type d'intervention** destinée aux membres de la communauté. Quant à la réadaptation dans la communauté, elle serait principalement utilisée afin de faire référence à **un lieu d'intervention**. Ainsi, selon les écrits scientifiques et l'expérience clinique, trois formes d'interactions dans la communauté peuvent être identifiées. Dans les écrits scientifiques, la plupart des projets des pays en développement seraient des projets de RBC, alors que ceux des pays industrialisés, utilisant l'appellation « community based rehabilitation », seraient des projets de réadaptation dans la communauté.

### Enjeux sous-jacents aux trois concepts

Issus de ces caractéristiques contrastantes, différents types d'enjeux peuvent être associés aux concepts de RBC, d'interventions communautaires de réadaptation et de réadaptation dans la communauté (Tableau 3). Sur le plan logistique, certains défis peuvent limiter les possibilités d'interventions communautaires de réadaptation ou de réadaptation dans la communauté. Les déplacements des clients ou des professionnels de réadaptation et l'utilisation de plateaux techniques en sont des exemples. Ces enjeux sont également présents pour les activités de RBC dans la communauté, mais les plateaux techniques des milieux spécialisés peuvent aussi être utilisés. Quant aux pratiques professionnelles, les interventions de réadaptation dans la communauté peuvent être



similaires à celles en milieu institutionnel, ce qui demande peu d'adaptation des méthodes de travail. Cependant, pour la RBC et les interventions communautaires de réadaptation, les intervenants doivent fréquemment agir en tant que consultants, ce à quoi leur formation professionnelle les prépare peu (Kendall et al., 2009). La RBC et les interventions communautaires de réadaptation nécessitent par conséquent plus de soutien et de formation pour les intervenants afin qu'ils assument de nouveaux rôles en réadaptation. La formation permet également de diminuer les préjugés des professionnels envers les personnes en situations de handicap (Strauser & O'Sullivan, 2009), ce qui peut faciliter l'adoption des nouveaux rôles exigés des intervenants en réadaptation. Enfin, certains enjeux organisationnels sont supplémentaires et particuliers à la RBC, qui exige des collaborations multisectorielles. En bref, ces enjeux font ressortir les nombreux défis associés au caractère plus global et systémi-

que de la RBC. Chacune des formes de collaborations avec la communauté comporte des facilitateurs et des obstacles. Le choix d'une forme de collaboration avec la communauté devrait tenir compte des besoins de la population cible. Par exemple, pour des besoins spécifiques et ponctuels, tels qu'un bref suivi postopératoire, la réadaptation dans la communauté peut être le choix le plus approprié. En effet, il n'est alors pas nécessaire de déployer toutes les autres composantes de la RBC. Ces autres composantes de la RBC peuvent toutefois être présentes dans la communauté afin de répondre aux besoins d'autres groupes de la population. Ces autres groupes peuvent être constitués de personnes ayant des déficiences physiques permanentes et nécessitant différentes mesures sociétales qui favorisent leur pleine participation. Enfin, chacune des formes de collaboration présente des enjeux propres aux caractéristiques du contexte dans lequel la réadaptation est implantée.

**TABLEAU 3 : ENJEUX DE LA RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE, DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES DE RÉADAPTATION ET DE LA RÉADAPTATION DANS LA COMMUNAUTÉ**

| <b>Enjeux<br/>Formes<br/>de collaboration<br/>avec la communauté</b> | <b>Logistiques</b>  | <b>Professionnels (pratique)</b>   | <b>Organisationnels<br/>(micro et macro)</b>  |
|--|---|--|---|
| <b>Réadaptation à base communautaire</b>                             | Déplacement des intervenants ou des clients vers les plateaux techniques; l'utilisation des plateaux techniques spécialisés limite les possibilités d'intervenir dans la communauté | Nécessite un changement des pratiques, d'expert vers consultant; soutien et formation des professionnels nécessaires | Intersectorialité (collaboration entre les secteurs de la santé, de l'éducation, du travail, de la municipalité, etc. |
| <b>Interventions communautaires de réadaptation</b>                  | Déplacement des intervenants et des participants  | Nécessite un changement des pratiques, d'expert vers consultant; soutien et formation des professionnels nécessaires | Distribution des ressources (besoins individuels par rapport aux besoins communautaires)                              |
| <b>Réadaptation dans la communauté</b>                               | Déplacement des intervenants; difficile lorsque requiert des plateaux techniques spécialisés  | Restreint le nombre de clients pouvant être vus (déplacements)   | Rareté des ressources humaines et financières   |

### **Quelques enjeux pour le Québec, les pays industrialisés, les pays en voie de développement et les situations de crise**

Les raisons ayant initialement amené les pays industrialisés et les pays en voie de développement à s'intéresser à la RBC sont différentes, tout comme l'organisation de leur système de santé et de leurs services de réadaptation. Ces différences expliquent probablement pourquoi les services développés sur la base de la RBC sont conceptualisés et opérationnalisés différemment à travers le monde. La RBC peut requérir une transformation majeure des systèmes de santé actuels (Kendall et al., 2009). Les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté, quant à elles, peuvent représenter des obstacles importants, mais relativement plus modestes. Certains de ces obstacles sont communs à l'ensemble des pays, alors que d'autres varient en fonction de la forme de collaboration retenue et du contexte. Par exemple, le souci d'accroître l'accessibilité des services de réadaptation et la participation sociale des personnes en situations de handicap est commun à l'ensemble des pays. Pourtant, d'un côté, la pérennité des programmes de réadaptation des pays en voie de développement constitue souvent un défi majeur pour les communautés qui les soutiennent. D'un autre côté, la complexe organisation publique des services de santé dans les pays industrialisés ne semble pas toujours favoriser le développement et l'implantation de programmes axés sur la communauté (Kendall et al., 2009). Des enjeux sont par conséquent associés au développement de programmes de réadaptation, en fonction des trois formes de collaboration avec la communauté et de l'organisation actuelle des services, au Québec, dans les pays industrialisés, dans les pays en voie de développement et en situation de crise.

#### **La situation du Québec et des pays industrialisés**

Plusieurs facilitateurs et obstacles aux formes de collaboration avec la communauté peuvent être identifiés spécifiquement pour le Québec (Tableau 4). Le ministère de la santé et des

services sociaux (MSSS) alloue les ressources financières et dicte les mandats des établissements de santé ainsi que les orientations du réseau. Les centres de réadaptation en déficience physique ont précisément le mandat de favoriser la participation sociale des personnes en situation de handicap. Puisque ces centres de réadaptation, de même que le soutien à domicile des CSSS, sont géographiquement situés à l'extérieur des centres hospitaliers, nous pourrions affirmer que la structure du réseau favorise jusqu'à un certain point la réadaptation dans la communauté. Le MSSS offre aussi certaines balises pour le maillage entre les établissements du réseau de la santé (ex. : projet clinique; MSSS du Québec, 2004) ou pour l'accessibilité aux services (ex. : plan d'accès en réadaptation; MSSS du Québec, 2008). Toutefois, le MSSS fournit peu de lignes directrices concrètes concernant l'organisation des services à l'intérieur de chaque établissement. Plusieurs centres de réadaptation guident l'organisation de leurs services en utilisant, entre autres, l'approche écosystémique (Bronfenbrenner & Crouter, 1983), le modèle du Processus de production du handicap (Fougeyrollas et al., 1998) et les théories du partenariat (Bouchard, Talbot, Perchat & Boudreault, 1998). Ces approches ou modèles peuvent soutenir la réadaptation dans la communauté en favorisant non seulement les activités de réadaptation dans des établissements de santé à l'extérieur des hôpitaux, mais également dans les milieux de vie (maison, milieu de travail, école, etc.). Il s'agit cependant de réadaptation dans la communauté, et non pas de RBC ou d'interventions communautaires de réadaptation. En effet, ces activités sont réalisées dans la communauté, mais elles sont dirigées principalement par des professionnels de la réadaptation et visent les personnes en situations de handicap.

Les interventions communautaires de réadaptation étaient, jusqu'à tout récemment, très peu exploitées et officiellement non comptabilisées dans les établissements de santé, incluant les centres de réadaptation au Québec. Il est par conséquent difficile d'en tracer le portrait. Une transformation de la gestion administrative à l'intérieur des centres de réadaptation et du



**TABLEAU 4 : PRINCIPAUX FACILITATEURS ET OBSTACLES AU TRAVAIL EN COLLABORATION  
AVEC LA COMMUNAUTÉ POUR LE QUÉBEC, LES PAYS INDUSTRIALISÉS  
ET LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT**

| <b>Principaux facilitateurs au travail en collaboration avec la communauté</b>  | <b>Principaux obstacles au travail en collaboration avec la communauté</b>   |
|---|--|
| <b>Québec et pays industrialisés</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation des services favorisant la réadaptation dans la communauté</li> <li>- Croissance des interventions de type communautaire (ex. : formation aux enseignants, développement d'activités sportives en collaboration avec des partenaires communautaires, etc.)</li> <li>- Volonté politique de renforcement des collaborations intersectorielles</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Changements requis, tant sur les plans professionnel qu'organisationnel, pour favoriser les interventions de type communautaire</li> <li>- Meilleure intégration des soins de santé primaires et de la réadaptation</li> <li>- Renforcement de la collaboration avec les partenaires communautaires et accent mis sur le développement communautaire</li> </ul> |
| <b>Pays en voie de développement</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'initiatives communautaires</li> <li>- La RBC fait fréquemment partie des politiques nationales ou régionales.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement du réseau de santé formel et augmentation de la collaboration avec les partenaires communautaires</li> <li>- Soutien aux initiatives communautaires (ressources, formation, etc.)</li> </ul>  |

soutien à domicile des CSSS est actuellement en cours et permettra d'encourager l'émergence d'interventions communautaires de réadaptation. Dans l'optique de favoriser réellement l'intégration de telles activités au sein de l'offre régulière de services des établissements, plusieurs obstacles persistent. Les éléments suivants seraient favorables :

- une reconnaissance formelle par le MSSS du Québec de ces activités dans l'évaluation de la productivité des établissements, incluant les centres de réadaptation;
- une organisation des services des établissements réservant du temps et priorisant ce type d'intervention;
- la formation des futurs professionnels de la réadaptation à un rôle de facilitateur et de conseiller auprès de partenaires communautaires;

- la création de véritables réseaux intersectoriels engagés afin de développer une société plus inclusive.

En ce qui concerne la RBC, le Québec a des assises solides au sein même de la planification de son réseau de services, notamment avec les projets cliniques (MSSS du Québec, 2004). Ces projets cliniques orientent les bases du réseau utilisant à la fois les principes de la hiérarchie des services (incluant les mécanismes de référence entre les services primaires de réadaptation et les services spécialisés) et de la responsabilité populationnelle entre les partenaires des réseaux locaux de services. Cependant, certaines caractéristiques de l'organisation de ces services sont défavorables à la RBC dont, entre autres :

- une organisation des services principalement guidée par des lignes directrices ministérielles

les et opérationnalisées par des prestataires de services de santé, plutôt que par la communauté;

- des partenaires communautaires impliqués essentiellement comme une extension des services médicaux et de réadaptation, plutôt que dans une perspective de collaboration intersectorielle et de développement communautaire.

Une vision réelle de collaboration et de partenariat pourrait, par conséquent, aider à jeter les bases d'une organisation des services de RBC au Québec. Les partenaires communautaires devraient cependant occuper une place prépondérante dans la direction de l'organisation des services. Les soins primaires, mais également ceux de prévention, devraient aussi avoir une place accrue dans cette organisation de services. Une étude révèle d'ailleurs que les services d'ergothérapie offerts dans la communauté par le soutien à domicile des CSSS sont peu développés (Cotelleso, Mazer & Majnemer, 2009). Dans certaines régions, les services de réadaptation dans la communauté sont surtout offerts par les centres de réadaptation, lesquels sont des établissements de 2<sup>e</sup> ligne (services spécialisés). Ainsi, le mandat de favoriser la participation sociale des personnes en situations de handicap relève d'établissements de 2<sup>e</sup> ligne, ce qui peut être paradoxal. En effet, la participation sociale correspond à la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux dans les différents milieux de vie d'un individu. Or, les services de 2<sup>e</sup> ligne sont associés à des soins spécialisés dans des établissements de santé qui peuvent être perçus comme étant en périphérie des milieux de vie d'un individu. Afin de favoriser la participation sociale, il importe :

- d'optimiser l'utilisation des ressources;
- d'investir davantage dans les services de réadaptation, notamment dans la 1<sup>ère</sup> ligne, afin de favoriser diverses formes de collaboration avec la communauté;
- de renforcer les liens entre les établissements de première et de deuxième ligne.

En résumé, pour le Québec, le principal enjeu serait de renforcer les soins primaires de réadaptation et l'implication de la communauté.

Des enjeux similaires à ceux du Québec pourraient être définis pour la majorité des pays industrialisés (Tableau 4). Les formes d'organisation des services varient toutefois grandement d'un pays à l'autre, ce qui limite ou facilite les possibilités d'interventions communautaires de réadaptation ou de réadaptation dans la communauté. De façon générale, une grande proportion des articles publiés sur la RBC renvoient à la réadaptation dans la communauté. De plus, des expériences d'interventions communautaires de réadaptation sont en émergence. Quant à la RBC, peu d'exemples sont présents dans les écrits scientifiques. À titre d'exception, notons certains projets dans lesquels des agents de promotion de la santé sont impliqués, particulièrement dans des zones rurales et indigènes (Kuipers & Allen, 2004; Kuipers et al., 2001; 2003).

### **La situation des pays en voie de développement**

D'autres facilitateurs et obstacles aux formes de collaboration avec la communauté concernent particulièrement les pays en voie de développement (Tableau 4). Paradoxalement, au sein même du réseau public de santé, la réadaptation dans la communauté est peu promue, du moins par les professionnels de santé. Ainsi, les différentes formes de collaboration entre les milieux de la réadaptation et la communauté sont fréquemment initiées et implantées par des agents de promotion de santé ou des associations, et peu par les professionnels de la santé. Un exemple : les activités collectives de sensibilisation communautaire du Brésil, évoquées par Saillant et Fougeyrollas (2006). De même, les interventions communautaires de réadaptation sont plus fréquemment réalisées par des associations de personnes en situations de handicap, et peu par les professionnels de la santé. Pourtant, les projets communautaires de réadaptation utilisés dans les pays en développement s'inscrivent de façon générale davantage dans l'approche de RBC. En effet, ces projets mettent



l'accent sur le développement communautaire, et ont des activités publiques et politiques de sensibilisation visant l'ensemble des citoyens. Ce paradoxe fait ressortir un des défis majeurs pour les pays en développement : le maillage entre le réseau formel de santé et la communauté.

Quelques pistes de solution peuvent être proposées afin de consolider les bases des réseaux de RBC dans les pays en voie de développement, dont :

- un renforcement des liens entre les soins primaires et les soins spécialisés, incluant une meilleure hiérarchisation des services, une décentralisation de certains services de réadaptation et une collaboration supérieure entre les milieux hospitalier et communautaire;
- un meilleur soutien étatique aux projets initiés par la communauté, notamment sur le plan des ressources financières;
- une préparation supérieure des professionnels de la santé afin qu'ils interviennent en collaboration avec les communautés afin de favoriser la participation sociale des personnes en situations de handicap.

### Les situations de crise

L'OMS (2004) rapporte que la RBC est particulièrement utile en situations de crise étant donné que : « *les désastres affectent les personnes dans leur vie quotidienne; les désastres détruisent l'environnement dans lequel vivent les personnes, et les victimes des désastres ont besoin de réorganiser leur environnement immédiat et de trouver des ressources près d'eux* » (traduction libre; p. 4). Contrairement aux interventions communautaires de réadaptation et à la réadaptation dans la communauté, le développement communautaire de la RBC permet de répondre aux besoins de base des personnes en situations de handicap, pas seulement aux soins primaires de réadaptation. De plus, ce développement favorise la mise en place d'actions afin de protéger les droits humains des personnes en situations de handicap, notamment celui à la sécurité. Par ailleurs, la vulnérabilité des personnes en situations de

handicap est accentuée par certains facteurs associés aux situations de crise. Parmi ces facteurs, notons :

- la méconnaissance de la part de la communauté des personnes en situations de handicap et de leurs défis;
- l'accès limité aux services;
- les risques accrus de problèmes de santé mentale;
- les changements de priorités des familles et de la communauté (besoins spéciaux relégués au second plan) (WHO, 2007).

L'OMS recommande différentes stratégies qui peuvent être mises en place en prévision ou lors des situations de crise, dont :

- la participation des personnes en situations de handicap aux préparatifs et à la planification d'interventions (favorise la considération leurs besoins spéciaux);
- la collaboration des programmes de RBC aux efforts d'évacuation et de secours;
- la prévention des problèmes de santé liés aux changements de conditions de vie;
- le soutien psychosocial.

En situation de crise permanente, les stratégies recommandées sont : les actions préventives, la compensation du manque de services spécialisés et le développement de services intermédiaires (WHO, 2007).

Les situations de crise visées par le document de l'OMS (WHO, 2007) renvoient particulièrement aux crises humanitaires. Ce document présente la RBC comme une stratégie qui peut compenser le manque de services spécialisés, conception plus traditionnelle de la RBC. À l'instar de ce qu'on en dit dans les définitions officielles, la RBC telle que nous proposons de la conceptualiser peut cependant s'actualiser de différentes façons afin de s'ajuster aux caractéristiques de l'organisation des services. En situation de crises humanitaires, les ressources sont souvent limitées. Plusieurs systèmes de santé à travers le monde ont aussi des ressources limitées. Ainsi, ces système

sont constamment appelés à se transformer pour répondre à de nouveaux besoins et être plus efficaces. Malgré des enjeux différents sur le plan de l'organisation des services, certaines caractéristiques propres à la RBC pourraient assurément aider les systèmes de santé dans leurs transformations organisationnelles.

### **Conclusion : différents contextes, mêmes enjeux?**

L'organisation publique, et même privée, des systèmes de santé varie grandement d'un pays à l'autre. Les contextes socio-économiques sont également très variés. Certains pays sont aux prises avec des crises humanitaires, d'autres avec des préoccupations financières. Si les enjeux propres à l'organisation des services peuvent différer d'un pays à l'autre, il n'en demeure pas moins que certains enjeux sont communs. En effet, tous les systèmes de santé visent, entre autres, à offrir des services de réadaptation efficaces qui favoriseront d'une façon optimale la participation sociale des personnes en situations de handicap. Cette amélioration de la participation sociale ne peut se faire sans l'apport de la communauté. La RBC, les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté impliquent des modes de collaboration différents entre les milieux communautaire et de réadaptation.

La RBC nous apparaît comme un concept plus général et systémique qui peut inclure à la fois des interventions communautaires de réadaptation et de réadaptation dans la communauté. Même si ces deux formes de collaboration avec la communauté sont parfois utilisées dans les écrits scientifiques pour décrire la RBC, nous croyons qu'ils représentent des concepts différents. D'une part, les interventions communautaires de réadaptation renvoient principalement à un type de services. D'autre part, la réadaptation dans la communauté renvoie principalement au lieu d'intervention. Jusqu'à présent, différents types de modèles de RBC étaient proposés (Kendall et al., 2009), mais ces modèles ne permettent pas de distinguer la RBC des autres formes de collaboration entre les milieux communautaires et de réadaptation.

Les comparaisons présentées dans le présent article offrent des pistes afin de définir davantage la RBC, les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté. La RBC couvre un plus large spectre d'interventions et favorise davantage l'implication de différents acteurs, dont ceux de la communauté.

La RBC peut s'appliquer au Québec, dans les pays industrialisés ou dans les pays en développement. Elle ne doit pas être vue uniquement comme une façon de diminuer les coûts puisqu'elle engendre des défis propres au contexte dans lequel elle s'implante et peut nécessiter une transformation importante de l'organisation des services. La RBC pourrait favoriser la transition d'un modèle de santé basé sur la gestion des maladies aiguës vers un modèle centrée sur la gestion des maladies chroniques. Basée sur une approche de développement communautaire, la RBC favorise le continuum de santé, de la prévention des maladies à la participation sociale. Les interventions communautaires de réadaptation et la réadaptation dans la communauté, quant à elles, s'inscrivent davantage en réponse aux besoins des gens ayant déjà des incapacités. Une conceptualisation claire de la RBC favorisera le développement de recherches permettant d'évaluer ses retombées pour les personnes en situations de handicap, les communautés et les systèmes de santé. De plus, l'implantation de programmes de RBC, qui présente de nombreux obstacles, doit aussi faire l'objet de recherches. Finalement, les recherches doivent se poursuivre afin d'avoir des preuves scientifiques solides sur la RBC (Brady et al., 2005; Kendall et al., 2009) et préciser les formes de collaboration les plus efficaces dans divers contextes, et ce, pour répondre à différents types de besoins.



## Références

- BAOLIN, C. & HUANG, G. (1999). Primary health care and community-based rehabilitation in the People's Republic of China. *Disability & Rehabilitation*, 21(10), 479-483.
- BARBATO, A., AGNETTI, G., D'AVANZO, B., FROVA, M., GUERRINI, A., TETTAMANTI, M. ET AL. (2007). Outcome of community-based rehabilitation program for people with mental illness who are considered difficult to treat. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(6), 775-783.
- BARNES, M. P. & RADERMACHER, H. (2001). Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33, 244-248.
- BEECH, R., RUDD, A. G., TILLING, K. & WOLFE, C. D. (1999). Economic consequences of early inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital. *Stroke*, 30(4), 729-735.
- BOUCHARD, J. M., TALBOT, L., PERLCHAT, D. & BOUDREAU, P. (1998). Partenariat entre les familles et les intervenants : qu'observe-t-on dans la pratique? In A.M. Fontaine et J.P. Pourtois (Ed.), *Regards sur l'éducation familiale. Représentation-Responsabilité-Intervention* (p. 189-201). Bruxelles.
- BRADY, B. K., MCGAHAN, L., SKIDMORE, B., BRADY, B. K., MCGAHAN, L. & SKIDMORE, B. (2005). Systematic review of economic evidence on stroke rehabilitation services. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(1), 15-21.
- BRONFENBRENNER, U. & CROUTER, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In W. Kessen (Ed.), *Handbook of Child Psychology: History, Theory, and Methods* (4th ed.). New York.
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE & OMS (2004). *RBC. Une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées*. OMS; Genève.
- CARRIER, A., LEVASSEUR, M., & MULLINS, G. (2009). Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical and clinical analysis. *Manuscrit soumis pour publication*.
- CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE (2009). *Programmation Enfants et Adolescents*. Sherbrooke.
- COTELLESSO, A., MAZER, B. & MAJNEMER, A. (2009). Community-Based Occupational Therapy Services for Children: A Quebec Survey on Service Delivery. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 29(4), 426-444.
- FOUGEYROLLAS, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : Enjeux sociopolitiques et contributions québécoises. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 4(2), <http://www.pistes.ugam.ca/v4n2/articles/v4n2a12.htm>.
- FOUGEYROLLAS, P., CLOUTIER, R., BERGERON, H., CÔTÉ, J. & ST-MICHEL, G. (1998). *Classification québécoise : Processus de Production du Handicap*. Lac St-Charles : RIPPH / SCCIDIH.
- GILLEN, G. (2006). Cerebrovascular Accident/Stroke. In H. M. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), *Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction* (6th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; p. 823-826.
- HARTMAN-MAEIR, A., ELIAD, Y., KIZONI, R., NAHALONI, I., KELBERMAN, H., KATZ, N. ET AL. (2007). Evaluation of a long-term community based rehabilitation program for adult stroke survivors. *Neurorehabilitation*, 22(4), 295-301.
- JITAPUNKUL, S., BUNNAG, S. & EBRAHIM, S. (1998). Effectiveness and cost analysis of community-based rehabilitation service in Bangkok. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 81(8), 572-578.
- KAZNABIS, C. (2010). Presentacion de las guias y la matriz de RBC [Présentation des lignes directrices et de la matrice de RBC]. Conférence présentée au deuxième congrès continental de réadaptation à base communautaire; Oaxaca, Mexico; mars 2010.
- KENDALL, E., MUENCHBERGER, H. & CATALANO, T. (2009). The move towards community-based rehabilitation in industrialised countries: Are we equipped for the challenge? *Disability & Rehabilitation*, 31(26), 2164-2173.
- KHASNABIS, C. & MOTSCH, K. H. (2008). The participatory development of international guidelines for CBR. *Leprosy Review*, 79(1), 17-29.
- KUIPERS, P. & ALLEN, O. (2004). Preliminary guidelines for the implementation of Community Based Rehabilitation (CBR) approaches in rural, remote and Indigenous communities in Australia. *Rural & Remote Health*, 4(3), 291.
- KUIPERS, P., KENDALL, E. & HANCOCK, T. (2001). Developing a rural community-based disability service: (I) service framework and implementation strategy. *Australian Journal of Rural Health*, 9(1), 22-28.
- KUIPERS, P., KENDALL, E. & HANCOCK, T. (2003). Evaluation of a rural community-based disability service in Queensland, Australia. *Rural Remote Health*, 3(186).
- LEE, A. & LEE, A. (2003). The need for integrated primary health care to enhance the effectiveness of health services. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 15(1), 62-67.
- LEVASSEUR, M., DESROSIERS, J. & ST-CYR TRIBBLE, D. (2007). Comparing the disability creation process and international classification of functioning, disability and health models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 233-242.
- MSSS DU QUÉBEC (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec.
- MSSS DU QUÉBEC (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. MSSS; Québec.

MITCHELL, R. (1999). Community-based rehabilitation: the generalized model. *Disability & Rehabilitation*, 21(10-11), 522-528.

OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement, des handicaps et de la santé*. Genève, Suisse : OMS.

POWELL, J., HESLIN, J. & GREENWOOD, R. (2002). Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(2), 193-202.

RAJA, BOYCE, RAMANI & UNDERHILL, (2008) Success indicators for integrating mental health interventions with community-based rehabilitation projects. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(4), 284-292.

SAILLANT, F. & FOUGEYROLLAS, P. (2006). Citoyenneté et handicap au Brésil : regard sur une expérience de participation sociale. *Développement humain, handicap et changement social. Revue internationale sur les concepts, les définitions et les applications.*, 15(2), 12-22.

SAKELLARIOU, D. & POLLARD, N. (2006). Rehabilitation: in the community or with the community? *The British Journal of Occupational Therapy*, 69, 562-566.

STRAUSER, D.R., CIFTCI, A. & O'SULLIVAN, D. (2009). Using attribution theory to examine community rehabilitation provider stigma. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(1), 41-47.

TREMBLAY, L.-E. & TREMBLAY, F. (2002). La réadaptation communautaire, une nécessité sous-exploitée dans les milieux francophones de l'Ontario. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 8(1), 74-94.

VELEMA, J.P., FINKENFLUGEL, H.J. & CORNIELJE, H. (2008). Gains and losses of structured information collection in the evaluation of 'rehabilitation in the community' programmes: ten lessons learnt during actual evaluations. *Disability & Rehabilitation*, 30(5), 396-404.

WADE, D. T. (2003). Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disability & Rehabilitation*, 25(15), 875-881.

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*.

WHO (2005). *Cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé. Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris*.

WHO (2007). *CBR and Crisis Situation. CBR and HIV/AIDS. CBR and Mental Health. CBR and Leprosy*. Genève: WHO.

WHO & Swedish Organization of Disabled Persons International Aid (2002a). *Part 2 Country Reports. Community-Based Rehabilitation as we have experienced it... voices of persons with disabilities in Ghana, Guyana and Nepal*. Genève.

WHO & SWEDISH ORGANIZATION OF DISABLED PERSONS INTERNATIONAL AID ASSOCIATION (2002b). *Part 1. Community-Based Rehabilitation as we have experienced it... voices of persons with disabilities*. Genève.

