

**LA PREVENTION DES INCAPACITES
ET LA READAPTATION DANS LES
SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

**Guide destiné aux responsables de la santé
et de la réadaptation au niveau du district**

**Réadaptation
© Organisation mondiale de la Santé
1995**

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	ii
Chapitre 1. Lancement d'une initiative pour la prévention des incapacités et la réadaptation au niveau du district	1
Les incapacités dans le système de santé au niveau du district	1
Thèmes à aborder au cours d'un atelier d'une journée	2
Chapitre 2. La recherche de l'information	7
Le point de l'information disponible	7
Informations complémentaires à obtenir	9
Instruments de collecte de données	11
Supervision de la collecte d'informations	12
Résumé de la situation actuelle	13
Chapitre 3. Evaluation et planification avec la communauté ...	15
Evaluation communautaire	15
Planification communautaire	16
Chapitre 4. Evaluation et planification des services de santé de district	23
Evaluation des services de santé	23
Planification des services de santé	27
Chapitre 5. Surveillance et supervision de la prévention des incapacités et de la réadaptation	31
Ce qu'il faut surveiller	31
Examen du système actuel	32
Besoins supplémentaires concernant la surveillance et la supervision	34
Chapitre 6. Collaboration intersectorielle	39
Discussions intersectorielles	39
Conclusion	41

INTRODUCTION

Le présent guide suggère les mesures à prendre pour renforcer la prévention des incapacités et la réadaptation dans le cadre des services de soins de santé primaires (SSP). Il est destiné au personnel affecté aux soins de réadaptation et aux soins de santé généraux au niveau du district, en particulier aux responsables des services du district, et vise aussi à promouvoir la collaboration.

Les activités proposées peuvent, mais ne doivent pas impérativement, s'inscrire dans le cadre d'un programme de réadaptation à base communautaire (RBC). En l'absence d'agents spécifiquement chargés de la réadaptation, certaines activités peuvent être entreprises par des infirmières du service de santé du district. Il est toutefois préférable que des agents chargés de la réadaptation et des soins de santé généraux y collaborent étroitement. Si les médecins et les infirmières ont l'habitude de la prévention des incapacités aux niveaux primaire et secondaire, le personnel chargé de la réadaptation connaîtra mieux la prévention des incapacités au niveau tertiaire. Les physiothérapeutes et ergothérapeutes ainsi que les rééducateurs de niveau intermédiaire peuvent apporter des éléments précieux à certaines des mesures prises, par exemple, pour éviter les infirmités ou apprendre aux victimes d'incapacités à se déplacer et à se soigner de manière autonome.

Les activités présentées dans le guide peuvent être mises en oeuvre au niveau du district. Elles visent :

- à évaluer la situation des personnes handicapées du district;
- à évaluer les services de santé du district dans les domaines de la prévention des incapacités et de la réadaptation;
- à fixer des priorités pour améliorer la situation;
- à élaborer des plans d'action spécifiques.

Le processus d'évaluation et de planification ne doit pas être considéré comme une charge supplémentaire pour les agents de santé, mais plutôt comme un moyen de renforcer les services existants pour leur permettre de mieux remplir leur rôle dans l'intérêt général.

DEFINITIONS

La définition du mot *district* utilisé dans le guide est tirée du *Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la santé au niveau du district* (OMS, 1991). Le district est au niveau de l'administration locale l'unité la plus

périphérique dotée de pouvoirs et de responsabilités étendus. Le district est le point de rencontre naturel entre activités "montantes", planification et organisation communautaires, et activités "descendantes", planification et développement gouvernementaux. Le district est aussi le niveau privilégié de la gestion des soins de santé primaires. La prévention des incapacités et la réadaptation devant être intégrées aux soins de santé primaires, le district joue un rôle crucial dans le renforcement de ces composantes des services de santé.

En plus de l'hôpital de district, le système de soins districte peut comporter des postes sanitaires, des dispensaires et des centres de santé. Les agents SSP comprennent des agents qui travaillent dans ces installations ainsi que des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles, parfois bénévoles.

L'expression *réadaptation à base communautaire (RBC)* telle qu'elle est utilisée dans le présent guide a été définie dans *Réadaptation à base communautaire pour et avec les personnes handicapées, point de vue commun* de l'Organisation internationale du Travail, de l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture, et de l'Organisation mondiale de la Santé (1994), de la manière suivante :

La réadaptation à base communautaire est une stratégie qui s'inscrit dans le cadre du développement communautaire pour la réadaptation, l'égalisation des chances et l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées.

La mise en oeuvre de la RBC fait appel aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles et leurs communautés, et des services sociaux, de santé, d'éducation et de formation professionnelle appropriés.

Il est rare que les activités de RBC au niveau communautaire démarrent spontanément. Elles ont plutôt tendance à être stimulées par le contact avec un ministère chargé de la réadaptation ou par une organisation non gouvernementale (ONG). Lorsqu'un ministère est chargé de la RBC, il s'agit généralement du ministère de la santé ou des affaires sociales. Quoi qu'il en soit, c'est au ministère de la santé qu'il incombe de fournir les services de prévention des incapacités et de réadaptation médicale.

Si le programme de RBC relève du ministère de la santé, l'agent de santé communautaire peut être appelé à prendre une part active à la prévention des incapacités et à la réadaptation. Si c'est un autre ministère qui est responsable du programme et un autre bénévole, comme l'agent de développement communautaire, qui assure le contact communautaire nécessaire à la réadaptation, l'agent de santé communautaire doit aussi contribuer au programme de réadaptation en s'attachant à promouvoir la prévention des incapacités et l'intégration sociale des handicapés. Le manuel *Aider les personnes handicapées là où elles vivent* (OMS, 1991)

précise le rôle de l'agent communautaire dans un programme de RBC et indique ce que les familles peuvent faire pour aider un membre victime d'une incapacité.

La supervision technique des activités de réadaptation au niveau communautaire est assurée par le personnel de soins de santé du district. Quand le programme de RBC dépend du ministère de la santé, les agents communautaires relèvent du personnel de l'installation de santé la plus proche, qui peut être un poste sanitaire ou un dispensaire. Les services d'orientation-recours pour la réadaptation sont également fournis par le personnel de l'hôpital du district chargé de la réadaptation. Il s'agira d'un médecin ou d'un ergothérapeute, ou encore d'un rééducateur de niveau intermédiaire. On trouvera des informations concernant la gestion et l'appui des services de réadaptation dans le cadre du système de soins dans le document *La réadaptation à base communautaire et les services d'orientation-recours du système de soins de santé - Guide à l'usage des administrateurs de programme* (WHO/RHB/94.1).

Les termes *déficiences*, *incapacités* et *désavantages*, tels qu'ils sont utilisés dans le présent guide, sont définis dans la *Classification internationale des handicaps (déficiences, incapacités et désavantages)* (OMS, 1980, INSERM, 1988), de la manière suivante :

Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain.

Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

Quelques exemples permettent d'illustrer l'application de ces termes. La poliomyélite peut conduire à une paralysie des muscles des membres inférieurs (déficience) qui provoque une difficulté de se déplacer (incapacité). Une personne qui a du mal à se déplacer risque de ne pas être engagée par un employeur potentiel qui estimera que cette infirmité porte atteinte à son intelligence (désavantage). Une substance chimique caustique qui a giclé dans les yeux d'un enfant peut provoquer des lésions de la cornée (déficience) qui entraîneront la cécité (incapacité). L'enfant risque alors de ne pas être accepté à l'école, car les enseignants ne savent pas comment s'occuper d'un enfant aveugle (désavantage).

Les expressions *prévention primaire, secondaire* et *tertiaire* des incapacités sont définies comme suit. La prévention primaire comprend les mesures visant à éviter les maladies, les traumatismes ou les affections pouvant conduire à une déficience ou à une incapacité, comme l'éducation pour la santé, la vaccination, les services de santé maternelle et infantile, et la promotion de la sécurité. Elles constituent une composante importante des soins de santé primaires. Le personnel de soins de santé de district connaît bien la plupart des mesures de prévention primaire, bien qu'il n'ait pas toujours analysé lesquelles sont particulièrement importantes pour prévenir les incapacités.

La prévention secondaire est l'intervention précoce lors du traitement des maladies, des traumatismes ou des infections pour prévenir l'apparition d'une déficience. Le traitement de maladies (comme la tuberculose, l'onchocercose et le diabète) et de traumatismes (par exemple, les brûlures ou les fractures) peut éviter des déficiences et, par conséquent, des incapacités. La mesure initiale est généralement prise par les services d'orientation-recours, mais un suivi est assuré dans le cadre du système SSP. Comme pour la prévention primaire, le personnel de santé n'a pas toujours analysé les traitements qui sont plus particulièrement liés à la prévention des incapacités.

La prévention tertiaire comprend l'ensemble des mesures visant à limiter ou réduire les déficiences ou les incapacités. Elle englobe, par exemple, la chirurgie reconstructive des déformations des articulations et la fourniture de verres optiques en cas de déficience visuelle ou d'appareils acoustiques en cas de déficience auditive. Dans bien des cas, le traitement atténuera la déficience, comme c'est le cas dans l'intervention chirurgicale. Il permet aussi parfois de réduire, voire d'éliminer, les incapacités pouvant résulter de déficiences.

La prévention tertiaire comprend aussi le traitement des incapacités ou *réadaptation*. La réadaptation est le processus visant à réduire, dans toute la mesure possible, ou à éliminer l'incapacité. Le processus de réadaptation peut comprendre une formation à l'initiative personnelle en matière de santé, à la communication ou à la mobilité, ou encore au développement de compétences professionnelles.

RESUME

Le présent guide vise à stimuler la discussion et les mesures visant à renforcer les activités de prévention des incapacités et de réadaptation dans le cadre des services de santé de district. La discussion peut être engagée par le personnel chargé de la réadaptation, mais le processus et les mesures éventuelles qui en découleront associeront naturellement l'équipe de santé du district et l'ensemble du personnel de soins de santé à ce niveau.

Le **chapitre 1** contient les principes directeurs que devra suivre le personnel du district pour faire le point de la prévention des incapacités et de la réadaptation dans le district. La discussion aura pour objet de déterminer si l'on a besoin d'un complément d'information et de préparer une évaluation et une planification plus approfondies. Le matériel présenté ici est destiné à des ateliers d'une journée auxquels participera le personnel des installations de santé du district. Le groupe concerné est appelé *groupe de travail du district pour la prévention des incapacités et la réadaptation*.

Le **chapitre 2** contient les principes directeurs permettant de faire le point de l'information disponible et de réunir, le cas échéant, les éléments supplémentaires. Une équipe de recherche peut être formée à cette fin, ses activités s'étendant sur une période déterminée, par exemple de six mois.

Le **chapitre 3** contient les principes directeurs à suivre pour évaluer la situation et planifier les activités au niveau communautaire. Ces principes prévoient un engagement communautaire en faveur du processus et des exemples de thèmes à couvrir sont fournis. Un atelier d'une journée est proposé.

Le **chapitre 4** contient les principes directeurs en vue d'une évaluation et d'une planification par le groupe de travail de district pour la prévention des incapacités et la réadaptation (voir le chapitre 1). Sur la base des conclusions de l'examen et des plans établis par les communautés (voir le chapitre 3), le groupe de travail élabore un plan visant à améliorer l'appui aux communautés pour les activités de réadaptation et à renforcer les services de santé de district destinés aux handicapés. Ce processus de planification peut être entrepris au cours d'un atelier d'une journée ou à l'occasion de plusieurs réunions du personnel.

Le **chapitre 5** contient les principes directeurs à suivre en vue de l'examen du système actuel de surveillance et de supervision dans le cadre du système de santé districial pour déterminer les composantes de la prévention des incapacités et de la réadaptation déjà abordées et, au besoin, les compléter.

Aux termes du processus d'examen, d'évaluation et de planification, le groupe de travail peut présenter ses conclusions et ses projets à un groupe intersectoriel – associant l'ensemble des secteurs disposant de services concernant les incapacités au niveau districial – et proposer une collaboration pour renforcer les services destinés aux handicapés.

Le **chapitre 6** propose des thèmes pouvant être abordés par une telle réunion dans le cadre d'un atelier d'une journée.

CHAPITRE 1.

LANCEMENT D'UNE INITIATIVE POUR LA PREVENTION DES INCAPACITES ET LA READAPTATION AU NIVEAU DU DISTRICT

LES INCAPACITES DANS LE SYSTEME DE SANTE AU NIVEAU DU DISTRICT

Le rôle du système de santé du district dans la prévention primaire et secondaire des incapacités est bien reconnu. Son rôle dans la prévention tertiaire, notamment la réadaptation, reste toutefois une idée qui doit faire son chemin. Pour mettre en lumière les déficiences et les incapacités et offrir des services de réadaptation à tous les handicapés d'un district, il faut faire appel aux compétences de tout un éventail de personnel de santé. Ni les services de santé généraux ni le personnel affecté à la réadaptation ne peuvent à eux seuls se charger de l'ensemble des activités nécessaires, et une collaboration s'impose.

De nombreux pays en développement n'offrent pas de services de réadaptation au niveau du district, mais seulement aux niveaux national et provincial. Certains pays seulement ont les moyens de fournir des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes dans les hôpitaux de district. Il arrive que l'hôpital de district soit doté de rééducateurs de niveau intermédiaire qui reçoivent une formation plus brève et plus générale que les physiothérapeutes. Ces agents portent différents noms selon les pays; on parle parfois, par exemple, de techniciens de la réadaptation ou d'assistants rééducateurs.

Le personnel districial affecté à la réadaptation qui souhaite renforcer les services de prévention des incapacités et de réadaptation devra, à un certain moment, engager des discussions avec le médecin et l'infirmière responsables du district. Si ceux-ci reconnaissent qu'une initiative s'impose, un processus de discussion, de planification et d'intervention associant l'équipe de santé du district s'engagera. Les suggestions qui suivent visent à guider un tel processus.

Les points particuliers soulevés au cours des discussions initiales dépendront de la situation locale. On peut, par exemple, aborder les thèmes suivants :

- les types d'incapacités les plus fréquemment observées dans le district;
- les causes de ces incapacités;

- les mesures actuellement prises pour les prévenir;
- les services fournis par le personnel de réadaptation à l'hôpital du district;
- les services nécessaires en matière de prévention des incapacités et de réadaptation qui ne sont pas fournis à l'heure actuelle.

Si l'équipe de santé du district admet la nécessité d'améliorer les services, un atelier d'une journée peut alors être organisé en compagnie des représentants des agents de soins de santé primaires du district. Il réunira notamment toutes les infirmières, mais surtout les infirmières de l'hôpital; les infirmières de la santé publique; et les infirmières de soins psychiatriques affectées à la santé mentale communautaire. Aux fins du présent guide, ce groupe est appelé le *groupe de travail du district pour la prévention des incapacités et la réadaptation*.

THEMES A ABORDER AU COURS D'UN ATELIER D'UNE JOURNEE

Au cours de l'atelier, l'infirmière responsable du district et un membre du personnel du district chargé de la réadaptation pourront commencer par présenter un résumé des discussions préliminaires expliquant l'objet de l'atelier et servant de base à la poursuite de la discussion. A ce stade, il n'est pas inutile de poser les grandes questions suivantes :

- Quelle est la situation actuelle concernant les activités de prévention des incapacités et de réadaptation dans le district ?
- Y a-t-il lieu de renforcer les services actuellement offerts aux handicapés ?
- Quelles sont les ressources disponibles pour y parvenir ?
- Quelles sont les informations nécessaires pour clarifier la situation, notamment pour préciser les besoins et les priorités ?

Faire le point de la situation actuelle

En examinant la situation actuelle, le groupe peut commencer par faire le point des types d'incapacités dans le district et de leurs causes; de la situation des handicapés et de leur famille chez eux et dans la communauté; des directives du ministère de la santé relatives aux programmes concernant les incapacités; et des types de services destinés aux handicapés que fournissent le ministère de la santé, les autres secteurs et les ONG.

Il convient de tenir compte de tous les types d'incapacités, par exemple les difficultés de se déplacer, de voir, d'entendre, d'apprendre, ainsi que les difficultés de type comportemental affectant aussi bien l'enfant que l'adulte.

Il n'est pas toujours possible de déterminer les causes de toutes les incapacités dont le groupe a connaissance. Mais il est important de mentionner le plus grand nombre de causes possibles, notamment les maladies, les traumatismes et les affections congénitales. Il convient aussi de noter les causes les plus fréquentes et les causes évitables.

La situation des handicapés et de leur famille doit être décrite le plus complètement possible en indiquant les personnes atteintes de différents types d'incapacités et d'incapacités de différents degrés de gravité. Le degré de participation aux activités de la vie quotidienne, qu'il s'agisse du jeu, de l'école, des travaux domestiques, de la vie communautaire et d'activités génératrices de revenus, doit également être précisé. Si la participation est limitée, il faut indiquer pourquoi. Un adulte handicapé doit être associé à la discussion et faire part de son expérience.

En examinant la situation de la famille d'un handicapé, les membres du groupe devront préciser : le membre de la famille qui s'occupe généralement de lui; la perception de l'incapacité par la famille; ses aspirations concernant le handicapé; et les besoins exprimés et les services demandés. Lorsque les incapacités frappent des enfants, la famille doit aussi participer aux discussions et faire part de son expérience.

Les directives fournies par le ministère de la santé en ce qui concerne la prévention, la promotion, les soins curatifs ou la réadaptation doivent être examinées afin de déterminer celles qui se rapportent spécifiquement aux incapacités. Les priorités du ministère de la santé doivent également être définies et l'on notera leur lien avec la prévention des incapacités et la réadaptation. On analysera aussi les stratégies utilisées par le ministère de la santé pour fournir les services – en établissement, par des antennes et/ou dans la communauté.

On recensera les services spécifiquement liés aux incapacités de même que les catégories de personnels de santé qui y sont affectés. Si des services du district destinés aux handicapés sont fournis par d'autres ministères ou par des ONG, il conviendra là aussi de le préciser. Ainsi, des appareils ou du matériel spécial dont ont besoin certaines personnes peuvent être fournis par un autre ministère, une ONG ou par le secteur privé. La proportion des handicapés ayant accès à de tels services doit être estimée avec la plus grande précision possible.

On indiquera les services de santé généraux utilisés par les personnes handicapées en précisant, par exemple, si les enfants handicapés bénéficient de services systématiques comme la surveillance de la

croissance et les vaccinations et si les adultes handicapés font appel aux services pour des affections habituelles comme les autres membres de la communauté.

Déterminer les besoins de renforcer les services

Afin de déterminer si un renforcement des services s'impose, le groupe de travail doit comparer la situation actuelle à ce qu'il estime nécessaire d'offrir en matière de prévention des incapacités et de réadaptation.

Les membres du groupe doivent examiner chaque aspect de la situation pour déterminer si elle paraît satisfaisante ou mérite d'être améliorée. A un certain stade de la discussion, il sera utile de définir des situations acceptables sur une base réaliste, c'est-à-dire en évitant un idéalisme exagéré, mais sans se limiter aux seules contraintes qui entravent une modification des programmes.

Déterminer les ressources disponibles

Si, à la suite de ces discussions, le groupe décide qu'il y a lieu de renforcer les services existants, il s'interrogera sur les ressources dont il dispose à cette fin, aussi bien les ressources de la communauté que celles du système de santé, des autres ministères, des ONG et du secteur privé.

Parmi les ressources potentielles de la communauté figurent les handicapés et leur famille; les dirigeants communautaires; les organisations telles que les associations de femmes ou de jeunes; les groupes organisés à but lucratif comme les projets générateurs de revenus; et les groupes de santé ou de développement communautaire ou autres, comme la Croix-Rouge ou le Croissant-Rouge.

Le personnel et les services disponibles du système de santé de district auront déjà été recensés auparavant. Une liste des ressources potentielles comprendra aussi les services d'orientation-recours en dehors du district aux niveaux provincial et national.

Parmi les ressources des ministères autres que le ministère de la santé figurent le personnel, le matériel ou les installations destinés à l'éducation, ainsi que les services sociaux, la formation professionnelle et l'emploi.

Les ONG et le secteur privé peuvent fournir des services aux personnes handicapées et constituer aussi des sources éventuelles de financement.

Déterminer les compléments d'informations nécessaires

Après avoir fait le point de la situation, le groupe doit déterminer les informations supplémentaires dont il a besoin. Une telle liste peut être

établie en revoyant les notes prises pendant la discussion qui a certainement fait apparaître des points de divergence. Par exemple, il n'y avait peut-être pas unanimité sur les types d'incapacités les plus fréquentes dans le district. Ou alors certains points ont été soulevés, mais le groupe a constaté un manque parfois total de renseignements les concernant. Ainsi, les membres du groupe ne savent peut-être pas ce que les handicapés et leur famille considèrent comme des besoins prioritaires. Un complément d'information peut apporter les éclaircissements nécessaires et aider le groupe à mieux comprendre la situation actuelle des handicapés dans leur district.

Après avoir déterminé ce qu'il lui faut savoir, le groupe doit décider comment obtenir les informations dont il a besoin. Il existe des solutions différentes, par exemple les enquêtes systématiques permettant de déterminer le nombre de personnes handicapées, les visites dans les établissements pour handicapés afin de mieux se familiariser avec leurs expériences et leurs préoccupations, les rencontres avec les responsables communautaires pour déterminer les ressources que la communauté réserve aux personnes handicapées, et les rencontres avec les représentants d'autres ministères et organisations concernés par la réadaptation pour déterminer les ressources disponibles sur place. Le groupe peut décider d'utiliser une ou plusieurs de ces approches.

Après avoir déterminé les moyens d'obtenir l'information dont ils ont besoin, les membres du groupe peuvent choisir une équipe de recherche, établir un calendrier approximatif et élaborer un budget. Le médecin ou l'infirmière responsable du district peuvent se charger de déterminer les ressources nécessaires, alors que le groupe de recherche recueille les informations.

Le groupe de recherche comprendra l'infirmière responsable du district, un spécialiste de la réadaptation et des agents des différents services de santé du district. L'équipe de recherche peut maintenant se préoccuper de recueillir les données.

CHAPITRE 2.

LA RECHERCHE DE L'INFORMATION

L'équipe de recherche formée pour élaborer des moyens d'obtenir un complément d'information devra :

- définir les sources existantes de données concernant les incapacités et en faire le point;
- énumérer les données supplémentaires à obtenir et préciser d'où elles viendront;
- définir ou élaborer des instruments permettant d'obtenir l'information recherchée, par exemple des questionnaires;
- superviser la collecte des données;
- établir un résumé de la situation sur la base des informations obtenues.

LE POINT DE L'INFORMATION DISPONIBLE

Les sources de données concernant les incapacités comprendront les dossiers de santé; les dossiers et les rapports d'un programme de RBC; les données concernant les déficiences observées grâce aux programmes de dépistage; les registres de personnes handicapées; et les informations concernant les incapacités obtenues par des recensements ou des enquêtes.

Aucune de ces sources ne permettra à elle seule de broser un tableau complet des incapacités dans le district. Des informations provenant de tout un éventail de sources peuvent cependant être regroupées pour donner une bonne vue d'ensemble de la situation.

Dossiers de santé

Les dossiers dont dispose le système de santé peuvent contenir des informations utiles pour la prévention des incapacités, par exemple des données sur les maladies ou les affections susceptibles d'entraîner des incapacités. On peut, par exemple, disposer de données sur le nombre de nouveaux cas annuels de poliomyélite et de rougeole. Mais il se peut qu'on ne sache rien du nombre ou des types d'incapacités résultant de ces maladies. S'il existe un moyen d'identifier et de surveiller les enfants à risque, sur la base d'une évaluation à la naissance ou d'une

surveillance systématique de la croissance, ces dossiers peuvent être utilisés pour recenser les enfants pouvant présenter des déficiences ou des incapacités.

Le nombre de personnes handicapées qui s'adressent aux services de santé ou sont connues du personnel de santé n'est pas toujours expressément indiqué dans les dossiers de santé, mais ces données peuvent être obtenues par l'équipe de recherche directement auprès des agents affectés à une installation de santé. Bien qu'incomplètes elles s'ajouteront à ce qu'on sait déjà sur les groupes d'âge des personnes handicapées et les incapacités les plus fréquentes.

Dossiers et rapports de la RBC

Une des activités systématiques d'un programme de RBC consiste à recenser les personnes handicapées. C'est l'agent communautaire chargé de la réadaptation qui procède à cette évaluation et détermine pour chaque handicapé les limitations auxquelles il est confronté dans les activités quotidiennes et un programme de formation approprié. Si un programme de RBC existe dans le district, l'équipe de recherche doit examiner l'information provenant des communautés desservies.

Les dossiers de la RBC fourniront des données sur les types d'incapacités ainsi que des indications démographiques, notamment sur l'âge et le sexe et le lieu de résidence des handicapés. Les dossiers de la RBC comprendront également des données sur le nombre d'enfants handicapés scolarisés et le nombre des adultes capables d'exercer une activité lucrative génératrice de revenus. Mais ces dossiers n'indiqueront rien sur les causes des incapacités.

Dépistage des déficiences

Le dépistage des déficiences s'effectue généralement auprès d'une population particulière, par exemple chez les enfants scolarisés, ou dans une zone particulière, par exemple une zone d'un pays particulièrement exposée à une incapacité déterminée. Les services de santé ou de l'éducation peuvent, par exemple, chercher à dépister dans les écoles les déficiences visuelles ou auditives susceptibles d'entraîner des incapacités faibles à modérées. Les résultats de ces activités de dépistage pourront être obtenus auprès du bureau de l'éducation ou de la santé du district.

Les opérations de dépistage mettent généralement à jour des déficiences qui n'entraînent pas des incapacités graves comme une cécité ou une surdité totale ou l'incapacité totale de se déplacer. En effet, ce dépistage intervient généralement auprès de populations directement accessibles comme les enfants scolarisés. Les enfants atteints d'incapacités plus graves restent généralement chez eux et ne figurent pas parmi les groupes soumis au dépistage.

Registres

Le ministère de la santé ne tient pas généralement un registre des personnes handicapées. On trouvera plus fréquemment un tel registre auprès d'un ministère qui fournit des services ou un appui régulier ou à long terme aux handicapés. Si le ministère des services sociaux ou de la protection sociale verse des pensions d'invalidité par exemple, le service compétent aura une liste des bénéficiaires. Il en va de même lorsque le ministère fournit du matériel, par exemple des chaises roulantes.

L'équipe de recherche doit cependant être consciente des carences que peuvent présenter les registres. Il s'agit généralement d'une liste de personnes qui ont demandé un service particulier, par exemple une aide pour obtenir un emploi ou alors un appareil particulier. La liste n'indique jamais l'ensemble des personnes handicapées dans une zone déterminée ou atteintes d'un type particulier d'incapacité. En outre, les registres ne sont généralement pas à jour et n'indiquent pas de façon fiable l'âge et le lieu de résidence des handicapés.

Recensement ou enquêtes

Les pays commencent à poser des questions liées aux incapacités dans le cadre des recensements et enquêtes systématiques de caractère sanitaire, démographique et économique. Il s'agit là d'un moyen recommandé d'obtenir des données sur les incapacités sans engager les dépenses qu'occasionnent les enquêtes particulières. Pour déterminer si de telles données existent, l'équipe de recherche doit s'adresser au bureau national des statistiques.

Le genre d'informations obtenues par recensement ou enquêtes dépendra bien entendu de la nature des questions posées. Il s'agira généralement de données sur le nombre et le type d'incapacité ou de déficience, ainsi que de données démographiques traditionnelles. Il peut aussi y avoir des données sur l'éducation, l'état civil et l'emploi. Certaines de ces données peuvent permettre des extrapolations quant au nombre de ménages dont un membre est handicapé.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A OBTENIR

Après avoir fait le point pour l'ensemble des données disponibles, l'équipe de recherche, sur la base des besoins définis par le groupe de travail élargi, dresse la liste des informations qu'elle juge nécessaire d'obtenir. A ce stade, le groupe vérifie auprès des bureaux nationaux du programme de réadaptation au ministère de la santé et du programme de RBC, s'il relève d'un autre ministère, que ses efforts ne font pas double emploi avec des efforts similaires entrepris par ailleurs dans le pays.

En tout état de cause, il faudra probablement obtenir davantage de données sur l'expérience personnelle des personnes handicapées et de leur famille. Les membres du groupe de travail du district n'auront peut-être pas tous la même perception de la situation des handicapés. Or, pour renforcer la prévention des incapacités et les services de réadaptation de leur district, il leur faudra savoir exactement quels sont les besoins qui ne sont pas actuellement satisfaits.

Le groupe de travail peut aussi rechercher un complément d'information sur les causes des incapacités. Les dossiers de santé locaux n'indiquent pas toujours les causes des incapacités. Pour élaborer un programme efficace de prévention des incapacités pour le district, il faut connaître les maladies et les traumatismes qui constituent des causes fréquentes d'incapacité. Là encore, les avis ne seront pas toujours unanimes au sein du personnel de santé et il faudra vérifier les conclusions au moyen d'informations complémentaires.

En outre, il arrive que le personnel de santé ne soit pas au courant des services fournis aux handicapés par d'autres ministères, par des ONG ou par le secteur privé. Or, cette information est nécessaire pour lui permettre de prendre les décisions qui s'imposent concernant l'orientation-recours – par exemple pour que les handicapés puissent obtenir les appareils, l'éducation ou la formation dont ils ont besoin – dans le cadre du processus de réadaptation.

L'équipe de recherche doit dresser une liste des données précises concernant ces problèmes et de toutes les autres informations dont elle a encore besoin.

Interlocuteurs

Quant à savoir à qui il faudra s'adresser, cela dépendra de la nature des renseignements recherchés. Il s'agira notamment :

- des personnes handicapées elles-mêmes;
- des membres de leur famille;
- des dirigeants communautaires;
- des représentants d'organisations communautaires;
- des représentants d'autres secteurs concernés par la réadaptation.

INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES

Si l'équipe de recherche décide qu'il est nécessaire d'entreprendre une enquête sur l'ensemble des ménages dans des communautés particulières pour recenser les personnes handicapées, il existe peut-être déjà des instruments pour cela. S'il s'agit, par exemple, d'un dépistage visant à déterminer un retard de croissance chez les enfants amenés à un centre de santé, on peut se référer aux étapes types du développement de l'enfant.

Si l'équipe de recherche veut entreprendre des enquêtes systématiques pour déterminer les besoins et les priorités des handicapés et de leur famille, il s'agira d'abord d'établir un questionnaire. Un questionnaire sera également nécessaire pour obtenir des informations d'agents d'autres secteurs des services de réadaptation. Pour formuler les questions, on s'inspirera des principes suivants :

- Les questions seront aussi brèves que possible.
- Chaque question ne doit porter que sur un domaine particulier.
- Les questions doivent être libellées dans la langue locale et simplement de façon à être comprises par les personnes interrogées. Il faudra tenir compte du niveau d'instruction des enquêtés et du milieu auquel ils appartiennent. Par exemple, on évitera les termes savants en s'adressant à des interlocuteurs qui n'appartiennent pas au système de santé.
- On utilisera à la fois des questions offrant un choix de réponses (notamment des questions auxquelles on peut répondre par "oui" ou par "non") et des questions "ouvertes" auxquelles l'enquêté apporte lui-même la réponse.

Les enquêtés préfèrent généralement le premier type de questions, qui fournissent d'ailleurs des réponses plus faciles à analyser en raison du nombre limité de possibilités offertes. Ce type de questions présente néanmoins le risque de ne pas inclure la réponse que l'enquêté voudrait apporter, à l'inverse des questions "ouvertes" où l'enquêté peut parfois apporter des réponses auxquelles l'enquêteur ne s'attend pas.

Mais les questions ouvertes donnent lieu parfois à des réponses qu'il est difficile d'analyser en raison de leur grande diversité. Parfois, l'enquêté est incommodé par une succession de questions ouvertes; il aura envie d'apporter de "bonnes" réponses, et le libellé des questions n'oriente pas.

Il arrive que les enquêtés apprécient la présence d'une ou deux questions ouvertes qui leur permettent d'exprimer librement leur

opinion. C'est la raison pour laquelle les bons questionnaires comprennent souvent des questions auxquelles des réponses précises sont proposées et ajoutent une ou deux questions ouvertes à la fin.

Après que les questions sont formulées pour le ou les groupes de personnes à interroger, il convient d'en vérifier la clarté. Cette vérification se fait en interrogeant un échantillon d'enquête. Les questions destinées à des personnes handicapées, par exemple, sont testées auprès d'un échantillon de handicapés.

Enfin, on vérifie que chaque question fournit bien les indications dont on a besoin et qu'il est possible de les obtenir. Il y a une règle d'or à ne jamais oublier : *Ne pas réunir des données qui ne seront pas utilisées.*

SUPERVISION DE LA COLLECTE D'INFORMATIONS

L'équipe de recherche doit établir des directives pour les enquêteurs sur la façon d'expliquer le but de l'enquête, de poser les questions et de consigner les réponses. Tous les enquêteurs doivent se réunir à l'avance pour étudier les directives et veiller à l'adoption d'une approche uniforme.

Les communautés qui doivent faire l'objet d'une enquête sur les ménages doivent être représentatives des conditions sociales et économiques régnant dans le district. Pour la commodité du personnel de supervision, il peut être souhaitable de recueillir les informations dans le voisinage de l'hôpital de district. Or, ce secteur ne reflète pas toujours très bien les conditions générales régnant dans l'ensemble du district. Au besoin, des dispositions doivent être prises pour former des personnels ou des agents de santé communautaires dans d'autres parties du district aux fins de l'enquête. Les agents de santé communautaires sont tout désignés pour cela. Les membres de l'équipe de recherche peuvent ensuite se concentrer sur les enquêtes auprès de membres du personnel de différents secteurs et services.

Si un programme de RBC est établi et qu'on dispose d'informations sur les zones desservies par le programme, l'équipe de recherche doit décider s'il y a lieu d'obtenir davantage de données sur ces zones ou s'il n'est pas préférable d'obtenir des données d'autres parties du district. Le groupe de travail ne doit jamais oublier que, quand on interroge des personnes handicapées ou des membres de leur famille, ceux-ci peuvent légitimement s'attendre à ce que des mesures concrètes soient prises en leur faveur. Les enquêtes doivent donc être effectuées dans des zones où les services de suivi peuvent immédiatement être fournis.

Afin de préparer une enquête sur les ménages, les enquêteurs doivent d'abord prendre contact avec les dirigeants communautaires et leur expliquer le but de l'enquête. Les enquêteurs doivent aussi prendre

contact avec les organisations de personnes handicapées pour voir si elles ont des représentants au niveau du district ou de la communauté qui pourraient les aider à recenser les handicapés. Si tel n'est pas le cas, on peut identifier les handicapés dans la communauté grâce aux dirigeants communautaires. Lorsqu'il interroge le personnel de divers services, l'enquêteur doit d'abord prendre contact avec les directeurs de service et informer les responsables des organisations auxquelles des renseignements seront demandés.

Après une préparation minutieuse, on peut passer à la collecte des données. Compte tenu du but de l'enquête et du nombre d'enquêteurs disponibles, on fixera des délais pour mener à bien l'opération.

RESUME DE LA SITUATION ACTUELLE

Après avoir analysé les données et ajouté les renseignements obtenus à ce que l'on savait déjà, l'équipe de recherche est en mesure d'établir un résumé de la situation devant servir de base à l'évaluation et à la planification au niveau communautaire.

Une des principales composantes du résumé concerne la situation des personnes handicapées. Ces données peuvent provenir d'enquêtes, de dépistages, de registres et de dossiers de services qui s'occupent des incapacités, notamment des dossiers de programmes de RBC.

Exemples de données obtenues de sources qui existent déjà

- nombre de personnes handicapées selon le type d'incapacité, le sexe et le groupe d'âge (0-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans, 50 ans et plus)
- nombre de personnes bénéficiant par exemple des services suivants :
 - formation visant à améliorer l'aptitude à accomplir les activités de la vie courante
 - conseils aux personnes handicapées et/ou à leur famille
 - fourniture de matériel ou d'appareils
 - assistance pour accéder à l'école locale
 - assistance pour développer des compétences professionnelles
 - assistance à une personne ou à une famille, par exemple groupe de jeunes chargés d'amener un enfant handicapé à l'école, groupe de femmes fournissant une aide à une personne handicapée deux après-midi par mois, etc.

Un complément d'information concernant la situation des personnes handicapées peut parfois être obtenu au moyen d'enquêtes auprès des handicapés et de leur famille. Si un programme de RBC est mis sur pied dans le district, les enquêtes peuvent être effectuées dans des communautés dotées ou non de ces programmes. Une comparaison peut alors être effectuée entre les deux situations.

Exemples d'informations obtenues par enquête

- nombre de communautés et de ménages sur lesquels a porté l'enquête
- nombre de personnes interrogées, c'est-à-dire de personnes handicapées et/ou de membres de leur famille
- nombre de personnes handicapées ayant besoin de l'aide d'un membre de leur famille pour accomplir les activités de la vie courante
- causes des incapacités décrites par les handicapés et/ou leur famille
- aspirations du handicapé concernant l'avenir, telles qu'elles sont décrites par l'intéressé et/ou sa famille
- situation socio-économique des handicapés et/ou de leur famille
- problèmes ou besoins indiqués par les handicapés et/ou leur famille

Sur la base des données obtenues, le groupe de travail du district pour la prévention des incapacités et la réadaptation peut alors préparer un exposé succinct des services de prévention des incapacités et de réadaptation dans le district. Un résumé de l'information obtenue doit également être présenté après les enquêtes auprès des personnels de santé. Le résumé peut comprendre des données sur les activités entreprises par les services de santé au cours d'une période déterminée, par exemple au cours de l'année écoulée.

Exemples d'informations obtenues des services de santé

- nombre de personnes handicapées qui se sont présentées dans les dispensaires ou les centres de santé pour recevoir des soins de santé généraux
- nombre et types d'incapacités observés par le personnel de santé
- types et nombre de services fournis aux handicapés

Les informations concernant les services fournis par d'autres secteurs et les ONG peuvent être également résumées.

CHAPITRE 3.

EVALUATION ET PLANIFICATION AVEC LA COMMUNAUTÉ

L'évaluation et la planification doivent commencer dans la communauté, car c'est à ce niveau qu'intervient la réadaptation des personnes handicapées. S'il existe un programme de RBC dans le district, certaines au moins des communautés seront conscientes des problèmes posés par les incapacités. Dans le cas contraire, le personnel de santé et les dirigeants communautaires doivent procéder à un travail de sensibilisation avant l'atelier. Si ce travail n'a pas été effectué, c'est l'atelier lui-même qui devra mettre l'accent sur la sensibilisation, et il faudra prévoir un deuxième atelier pour analyser la situation, définir les priorités et mettre au point un plan d'action.

EVALUATION COMMUNAUTAIRE

Le groupe qui se réunit pour l'évaluation et la planification au niveau communautaire doit comprendre l'infirmière responsable du district, le personnel de réadaptation, les représentants du groupe de travail du district pour la prévention des incapacités et la réadaptation, les représentants des communautés où les recherches ont été entreprises, les représentants des communautés bénéficiant d'un programme de RBC (et qui n'ont pas été associées aux recherches), et des représentants des handicapés et de leur famille. Ce groupe sera appelé ci-après le *groupe de travail communautaire pour la prévention des incapacités et la réadaptation*.

Les discussions du groupe devront mettre l'accent sur la situation des personnes handicapées et sur ce que l'on peut faire pour éviter les incapacités et promouvoir la réadaptation dans la communauté. On pourra également aborder le problème de l'appui des services d'orientation-recours dont on a besoin. Le groupe doit chercher à examiner l'information disponible sur la situation des handicapés dans la communauté, établir des priorités sur la base de l'information obtenue, puis élaborer un plan d'action.

Exemples de questions revêtant un intérêt particulier au niveau communautaire

- causes des incapacités
- groupes d'âge des handicapés
- situation familiale des handicapés
- accès des enfants handicapés à l'éducation
- capacité des adultes handicapés à contribuer au soutien de leur famille

Le Tableau 1 de la page 17 donne un exemple de la façon de comparer deux facteurs – la situation des personnes handicapées et les services ou mesures qui existent actuellement. Le tableau donne également des exemples de mesures qui pourraient être prises. Le groupe de travail communautaire doit être prêt à négocier différents aspects de la situation des handicapés, en s'efforçant dans chaque cas de déterminer si des mesures s'imposent et, si tel est le cas, lesquelles.

PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE

Fixation des priorités

Une fois que le groupe de travail communautaire a analysé la situation, les mesures à prendre doivent clairement ressortir. Le groupe devra alors fixer des priorités. Pour cela, il lui faudra établir des critères de base, par exemple :

- la mesure concerne un problème ou un besoin défini par les handicapés et/ou leur famille;
- la mesure peut être entreprise avec les ressources actuelles ou des ressources qu'il est possible d'obtenir.

D'autres critères peuvent intervenir selon la situation. Par exemple, si les données examinées montrent que les incapacités sont plus fréquentes chez les enfants d'âge scolaire que dans les autres groupes d'âge, des mesures en faveur de ces enfants pourront être prioritaires. S'il existe une cause majeure d'incapacités dans certaines communautés, c'est la réduction des incapacités dues à cette cause qu'il faudra privilégier.

Tableau 1

Exemple d'analyse d'une situation communautaire		
Situation des personnes handicapées	Mesures qui sont (ou ne sont pas) prises pour faire face à la situation actuelle	Mesures qui pourraient être prises dans la communauté ou le district
Les gens considèrent les incapacités comme la conséquence d'une faute commise	Aucune éducation n'est disponible sur les causes des incapacités	Eduquer la communauté et conseiller les familles de personnes handicapées
Les incapacités chez l'enfant ne sont pas décelées avant l'âge de deux ou trois ans	Le dépistage des incapacités n'est pas prévu chez le nourrisson et le jeune enfant	Prévoir le dépistage des incapacités dans les programmes de surveillance de la croissance
Les familles ne savent pas à quoi s'attendre chez un enfant handicapé	L'information et les conseils ne sont pas fournis de manière systématique	Fournir des conseils aux handicapés et/ou à leur famille
La plupart des incapacités chez les jeunes adultes résultent d'accidents	L'éducation sanitaire sur les accidents domestiques est disponible, mais pas sur les accidents de la route, du travail ou des loisirs	Fournir une éducation sanitaire sur tous les types d'accidents et aider les groupes locaux de jeunes à s'y intéresser
La plupart des enfants handicapés ne vont pas à l'école	Les écoles n'admettent que les enfants sans incapacité ou qui n'ont pas trop de difficultés pour se déplacer	Faciliter l'admission des enfants handicapés dans les écoles
La plupart des adultes handicapés ne peuvent exercer une activité génératrice de revenus	Les adultes handicapés n'ont pas la possibilité d'acquérir des compétences leur permettant d'exercer une activité génératrice de revenus	Examiner les ressources communautaires en matière de génération de revenus (avant de s'adresser en dehors de la communauté)

Il peut y avoir différents critères et différentes priorités dans les communautés du district. Pendant la discussion, le groupe de travail peut relever les priorités communes et celles qui ne concernent qu'une seule communauté. Lorsqu'une priorité est mentionnée, il se peut que toute une série de mesures soit nécessaire pour modifier la situation. Pour être réaliste, il faut donc que chaque communauté se borne à ne fixer dans un premier temps que deux ou trois priorités.

Exemples de priorités

- modifier les attitudes dans la communauté à l'égard des handicapés
- intégrer les adultes handicapés aux activités communautaires
- fournir une assistance aux familles de handicapés qui ont besoin de soins quotidiens

En fixant les priorités, le groupe doit envisager les ressources qui seront nécessaires pour mettre en oeuvre les mesures. Il devra distinguer les ressources qui sont disponibles et celles qui ne le sont pas. Quant aux ressources qu'il sera possible d'obtenir, le groupe devra faire preuve de réalisme.

Les ressources humaines constituent l'une des principales ressources disponibles au sein de la communauté. Les dirigeants communautaires et religieux, les membres de comités et d'organisations communautaires, les personnes qui se soucient du sort de leurs amis ou de leurs voisins frappés d'incapacités, et les handicapés eux-mêmes peuvent tous prendre part aux efforts visant à améliorer la situation des handicapés. En outre, certains membres de la communauté auront des connaissances et des compétences – par exemple concernant des activités génératrices de revenus – dont ils pourront faire profiter les handicapés.

Une ressource qu'il devrait être facile d'obtenir en dehors de la communauté est l'information. S'il est, par exemple, nécessaire de rendre les communautés attentives aux causes des incapacités, le personnel des services de santé peut les informer au moyen d'exposés et par la distribution de documents. Le personnel des services de santé, par exemple les éducateurs sanitaires, peut aider à mettre au point des messages qui seront diffusés sur des affiches, des brochures et dans les journaux ou à la radio. S'il faut promouvoir une meilleure compréhension des capacités potentielles des handicapés, les représentants des services d'orientation-recours pour la réadaptation et les handicapés eux-mêmes pourront intervenir.

Pour obtenir certains types de ressources, un certain délai sera parfois nécessaire. Ainsi, par exemple, si une communauté du district souhaite mettre au point un programme de RBC, il lui faudra le temps d'organiser un programme de formation à l'intention des agents communautaires. Il peut aussi y avoir des contraintes qui limitent l'extension du programme de RBC, par exemple s'il n'est pas possible d'affecter des rééducateurs à l'hôpital de district.

Après avoir examiné les mesures prioritaires à prendre et les ressources disponibles, le groupe de travail communautaire peut proposer un plan d'action pour la communauté.

Plan d'action

Le plan d'action indique les buts à atteindre au cours d'une période donnée, les mesures à prendre pour atteindre ces buts et les indicateurs qui seront utilisés pour déterminer si les buts ont été atteints. Les buts indiquent les modifications à apporter à la situation des handicapés et une liste est ensuite dressée des mesures à prendre pour atteindre ces buts. Comme on l'a déjà relevé, chaque communauté se bornera à indiquer deux ou trois buts, car chaque but nécessitera plusieurs mesures.

Le délai nécessaire pour atteindre les buts fixés variera en fonction des mesures à prendre. Le groupe notera toutefois que, pour modifier un aspect particulier de la situation des handicapés, il faudra compter au minimum un an. En effet, la plupart des modifications du comportement social nécessitent un changement d'attitude et, pour cela, il faut que les gens modifient leur perception de la situation. L'éducation nécessaire et la stimulation d'un tel changement prennent du temps.

Le plan d'action comprendra des indicateurs concernant chaque but afin de déterminer quand le but a été atteint. Par exemple, s'il s'agit d'apporter à des adultes handicapés des compétences leur permettant d'accéder à une activité génératrice de revenus, l'indicateur pourra être le pourcentage de handicapés dans la communauté exerçant une telle activité au bout d'un certain temps. Il n'est pas réaliste de prévoir que chaque adulte concerné aura atteint ce but. Certains ne voudront peut-être pas travailler ou seront atteints d'incapacités qui les empêcheront de travailler.

Les encadrés ci-après présentent deux exemples de buts avec les mesures à prendre pour les atteindre, les délais et les indicateurs correspondants.

Plan d'action pour la communauté

Premier exemple d'un but, de mesures, de délais et d'un indicateur

But Les membres de la communauté doivent mieux comprendre les causes des incapacités.*

Mesures Un dossier sera établi et fourni à toutes les organisations locales pour être présenté et distribué aux membres.

Des affiches sur les causes les plus fréquentes des incapacités seront placées dans les lieux publics.

Les dirigeants communautaires appuieront la campagne d'éducation et s'attacheront à montrer que les croyances traditionnelles aboutissant au rejet des handicapés ne sont pas fondées.

Délai Une année.

Indicateur La majorité des personnes interrogées sur les causes des incapacités connaîtront les causes les plus fréquentes dans la communauté.**

* L'examen initial de la situation locale a révélé que les membres de la communauté ne connaissaient pas les causes des incapacités et pensaient qu'elles étaient le résultat d'une faute commise par la personne handicapée.

** A déterminer en interrogeant des sujets choisis au hasard au bout d'une année.

Après l'élaboration des plans d'action, les représentants communautaires devront regagner leur propre communauté pour soumettre les plans proposés. La communauté voudra peut-être modifier le plan mais, du moment qu'il résulte d'une analyse minutieuse de la situation et des priorités et ressources, ces modifications ne devraient pas être importantes.

Plan d'action pour la communauté

Deuxième exemple d'un but, de mesures, de délais et d'un indicateur

But	Les enfants atteints d'une incapacité faible à modérée seront admis à l'école du village.
Mesures	<p>Des discussions seront organisées avec les familles des enfants handicapés d'âge scolaire pour préciser ce dont leurs enfants ont besoin, par exemple pour être transportés à l'école et ramenés à la maison, pour se déplacer à l'intérieur même de l'école, s'asseoir en classe ou en ce qui concerne d'autres types d'assistance selon le cas.</p> <p>Des discussions auront lieu avec le responsable de l'éducation du district concernant les mesures nécessaires pour admettre les enfants handicapés à l'école.</p> <p>Des discussions auront lieu avec le directeur de chaque école pour qu'il coopère à l'admission des enfants handicapés.</p> <p>Des discussions auront lieu avec les enseignants accueillant des enfants handicapés dans leur classe.</p> <p>Des organisations communautaires seront priées de trouver des volontaires prêts à aider les enseignants à s'occuper des enfants qui auront des besoins particuliers.</p>
Délai	Une année.
Indicateur	Les enfants atteints d'une incapacité faible à modérée pourront fréquenter l'école.

Le groupe de travail communautaire pour la prévention des incapacités et la réadaptation a ainsi défini les besoins, les priorités et les buts de la communauté et fourni une base devant permettre au groupe de travail du district de faire de même.

CHAPITRE 4.

EVALUATION ET PLANIFICATION DES SERVICES DE SANTE DE DISTRICT

A la suite de l'évaluation et de la planification avec la communauté, le groupe de travail du district se réunit à nouveau pour la même opération au niveau des services de santé de district. Pour cela, on peut prévoir un atelier d'une journée ou plusieurs réunions avec le personnel.

EVALUATION DES SERVICES DE SANTE

L'évaluation et la planification en vue du renforcement de la prévention des incapacités et de la réadaptation dans le cadre des services de santé du district doivent être fondées : 1) sur une analyse de la situation dans le district et 2) sur les priorités fixées par les communautés.

Un travail important aura déjà été accompli dans ces deux domaines par les groupes de travail districte et communautaire, mais le personnel de santé pourra encore avoir des préoccupations dont il n'a pas encore été tenu compte.

Exemples de préoccupation du personnel de santé

- types de déficiences et d'incapacités mis en évidence
- causes précises des incapacités
- nombre de handicapés recensés
- situation économique et sociale des handicapés et/ou de leur famille
- nombre de handicapés ayant bénéficié des services du ministère de la santé au cours de l'année écoulée
- types de services fournis
- préparation du personnel de santé à des problèmes liés aux incapacités
- besoin éventuel de directives complémentaires du ministère de la santé concernant la prévention des incapacités et la réadaptation

Le processus d'évaluation et de planification du groupe de travail districial mettra naturellement l'accent sur les préoccupations particulières des services de santé. Pour veiller à ce que les soins répondent aux besoins communautaires, il faudra également tenir compte des priorités et des buts fixés par le groupe de travail communautaire dans le cadre du processus de planification districial.

L'équipe de recherche qui a préparé le processus de planification et d'évaluation communautaire peut aussi préparer le processus de planification et d'évaluation districial. Il peut obtenir les informations complémentaires nécessaires, comme les données spécifiques des services de santé, par exemple le nombre de handicapés traités par les services de santé au cours de l'année écoulée.

Sur la base de l'information disponible, le groupe de travail du district analyse la réaction des services de santé à la situation des handicapés pour déterminer si elle est adéquate. Si elle ne l'est pas, un plan d'action doit être établi pour renforcer les services.

En faisant le point de la situation, le groupe doit analyser ce qui aurait pu être fait pour éviter les incapacités, pour les dépister plus tôt ou pour en limiter les effets. Il doit aussi inviter des handicapés et des membres de leur famille à discuter de ces problèmes.

L'analyse des services de santé sera plus détaillée que l'analyse communautaire en ce qui concerne les types et les causes des incapacités, la situation des personnes handicapées, et les activités de prévention des incapacités et de réadaptation déjà entreprises par les services de santé. Les encadrés ci-après donnent des exemples de questions qui peuvent être posées à cet égard.

Exemples de questions concernant les types et les causes de déficiences et d'incapacités

- Quels sont les types les plus courants de déficiences et d'incapacités ?
- Quels sont les groupes d'âge les plus touchés par les incapacités ?
- Quelles sont les causes évitables de déficiences et d'incapacités ?
- Que font les services de santé pour éviter des incapacités ?
- Que pourraient faire de plus les services de santé, directement ou par l'intermédiaire d'autres secteurs, pour promouvoir la prévention des incapacités ?
- Les communautés ont-elles des plans d'action liés aux causes des incapacités, par exemple en ce qui concerne les programmes d'éducation communautaire ?
- Que peuvent faire les services de santé pour appuyer les mesures communautaires ?

Exemples de questions sur la situation des personnes handicapées

- Quelle est la situation socio-économique des handicapés et/ou de leur famille et comment se répartissent les handicapés par groupe socio-économique ?
- Quel membre de la famille est généralement responsable du handicapé ?
- Dans quelle mesure les handicapés et/ou leur famille comprennent-ils les incapacités qui les concernent – cause, pronostic, limitations, progrès possibles ?
- Comment les handicapés et/ou leur famille réagissent-ils à l'incapacité qui les concerne – acceptation, colère, culpabilité, honte, résignation ?
- Quelle est l'attitude de la communauté face aux handicapés et/ou leur famille – pitié, aide, rejet ?
- Comment les services de santé peuvent-ils intervenir ?
- Les communautés ont-elles des plans d'action pour faire face à ces problèmes ?
- Comment les services de santé peuvent-ils appuyer les mesures communautaires ?

Exemples de questions concernant les services de santé destinés aux personnes handicapées

- Quelle proportion de handicapés recensés font-ils appel aux services de santé ?
- Quelles sont les incapacités dont ils sont atteints ?
- Quels services demandent-ils – s'adressent-ils aux services de santé pour des problèmes de santé généraux ou pour des problèmes liés à leur incapacité ?
- Quels services leur sont offerts ?
- Combien de handicapés ont été recensés au départ par les services de santé ?
- Pourquoi les handicapés ne font-ils pas appel aux services de santé – par exemple par méconnaissance des services disponibles, à cause de leurs aspirations limitées ou parce que les services actuellement offerts ne répondent pas à leurs besoins ?
- Que pourraient faire de plus les services de santé ?
- Les communautés ont-elles des plans d'action liés à ces questions ?
- Comment les services de santé peuvent-ils appuyer les mesures communautaires ?

Exemples de questions concernant l'appui apporté par le système de soins de santé à la prévention des incapacités et à la réadaptation

- Quels sont les politiques, les principes directeurs ou les pratiques types concernant les activités de prévention des incapacités et de réadaptation qui seront assurées par les services de santé du district ?
- A-t-on incorporé à la formation du personnel de soins de santé du district des connaissances et des compétences concernant la prévention des incapacités et la réadaptation ?
- Quelle est la relation entre les services de réadaptation chargés de l'orientation-recours aux niveaux districte et provincial et le personnel de soins de santé du district ?
- Quels sont les services de réadaptation spécifiques offerts aux niveaux districte et provincial, par exemple traitement, appareils orthopédiques et matériel ?
- Que peut-on faire pour renforcer les activités du personnel de santé du district dans les services d'orientation-recours ?

Le Tableau 2 de la page 28 présente des exemples de problèmes qu'on pourrait chercher à résoudre dans le cadre du processus analytique. L'exemple suit le schéma utilisé pour l'analyse communautaire (voir le Tableau 1, page 17) où l'on a relevé deux facteurs – la situation des handicapés et les mesures qui sont prises pour y faire face – en indiquant aussi les mesures proposées pour améliorer la situation.

PLANIFICATION DES SERVICES DE SANTE

Fixer les priorités

A ce stade, le groupe de travail aura clarifié les mesures qui peuvent être prises pour renforcer les services de prévention des incapacités et de réadaptation dans l'ensemble du district. En fait, les discussions de l'atelier auront peut-être défini de nombreux besoins et dégagé de nombreuses idées concernant les mesures à prendre. En raison des ressources limitées, il faudra toutefois se borner à fixer des priorités pour les activités sanitaires au niveau du district, comme on l'a fait au niveau de la communauté.

Les critères utilisés pour fixer les priorités concernant les services de santé peuvent être les mêmes que dans le cas de la communauté, par exemple :

- la mesure concerne un problème ou un besoin défini par les handicapés ou leur famille;
- la mesure peut être prise au moyen des ressources dont on dispose ou de ressources qu'il est possible d'obtenir.

Les services de santé peuvent aussi retenir d'autres critères, par exemple :

- la mesure permettra de réduire ou d'éliminer les causes les plus fréquentes d'incapacités dans le district;
- la majorité des personnes handicapées du district pourront bénéficier de la mesure.

Chaque priorité définie pouvant impliquer une série de mesures différentes, il faudra que les services de santé comme les communautés limitent le nombre des priorités même si un examen et une révision périodiques sont possibles.

Tableau 2

Exemple d'analyse des services de santé du district		
Situation des personnes handicapées	Mesures qui sont (ou ne sont pas) actuellement prises pour faire face à la situation	Mesures qui pourraient être prises par les services de santé du district
Le nombre d'enfants dont la mobilité est limitée par des chéloïdes consécutives à des brûlures est plus grand que le nombre précédemment connu des services de santé	Aucune mesure particulière	Mettre en oeuvre un programme d'éducation sanitaire pour la prévention des brûlures; procéder à des visites à domicile pour conseiller les familles des enfants présentant des chéloïdes consécutives à des brûlures sur la façon de soigner les traumatismes et de préserver la mobilité des membres touchés
Les enfants souffrant d'incapacités qu'elles soient rarement amenés à un centre de santé où l'on surveille la croissance ou soigne les maladies courantes	Aucune mesure particulière	Procéder à des visites à domicile dans les familles d'enfants handicapés pour évaluer la santé et le développement général; encourager les membres de la famille à faire soigner les enfants quand il le faut et à promouvoir le développement le plus normal possible de l'enfant
Les adultes handicapés hospitalisés au moment de l'apparition des incapacités n'ont pas bénéficié de mesures de suivi dans la communauté	Aucune mesure particulière	Prévoir des mesures à domicile pour déterminer qui doit bénéficier de mesures de suivi pour la prévention des infirmités ou la formation fonctionnelle; améliorer la communication et l'orientation-recours entre les SSP et le personnel hospitalier

En déterminant les priorités, le groupe doit naturellement envisager les ressources disponibles et les possibilités d'obtenir des ressources supplémentaires.

Les ressources humaines, c'est-à-dire le personnel des installations de santé, constituent une des principales ressources dont disposent les services de santé. Il peut être possible d'accroître sensiblement les activités concernant les incapacités simplement en sensibilisant mieux le personnel. Il est important toutefois de veiller à ce que les services de réadaptation ne deviennent pas un fardeau trop lourd. Les services de réadaptation doivent être considérés comme entrant dans le cadre des attributions normales des agents de santé. Le but des soins de santé primaires est de veiller à la santé pour tous et donc plus particulièrement à la santé des personnes handicapées.

Il faut non seulement sensibiliser le personnel, mais lui apporter aussi une formation en cours d'emploi sur certains aspects de la prévention des incapacités ou de la réadaptation. Il peut être possible d'inclure ces sujets dans le programme normal de formation en cours d'emploi ou il peut être nécessaire de trouver des fonds spécialement destinés à la formation à la réadaptation.

Après avoir examiné les priorités du programme en fonction des ressources, le groupe de travail peut établir un plan d'action.

Plan d'action

Le personnel des services de santé doit suivre le même processus pour la mise au point d'un plan d'action que pour celle des plans communautaires, à savoir :

- indiquer les buts précisant les modifications à apporter à la situation des personnes handicapées;
- énumérer des mesures à prendre pour atteindre les buts;
- indiquer dans quels délais les buts doivent être atteints;
- définir des indicateurs montrant dans quelle mesure les buts ont été atteints.

Un exemple de plan d'action avec un but, des mesures à prendre, les délais et un indicateur figure dans l'encadré ci-après.

Plan d'action pour les services de santé du district

Exemple d'un but, de mesures, de délais et d'un indicateur

But	Dans les communautés désignées, chaque famille ayant un enfant handicapé de 0 à 5 ans saura comment éviter les infirmités et/ou comment promouvoir le développement le plus normal possible de l'enfant.
Mesures	<p>Recenser tous les enfants handicapés dans les communautés désignées [si cela n'a pas déjà été fait] au moyen de visites des agents de santé communautaires aux familles.</p> <p>Former les agents de santé communautaires s'il y a lieu.</p> <p>Demander à chaque famille d'amener l'enfant à l'installation de santé la plus proche; se rendre chez celles qui ne donnent pas suite à cette demande.</p> <p>Evaluer l'état de chaque enfant et établir un dossier concernant les incapacités et le développement de chaque enfant.</p> <p>Conseiller les membres de la famille concernant : 1) la prévention des infirmités, 2) la nécessité de stimuler le développement de l'enfant par la communication, le mouvement et le jeu, et 3) les problèmes familiaux qui peuvent résulter d'une incapacité.</p> <p>Revoir régulièrement les familles et les enfants pour les encadrer et les encourager et pour surveiller le développement de l'enfant.</p>
Délai	Une année.
Indicateur	Un membre au moins de la famille de chaque enfant pourra faire la démonstration d'activités appropriées de prévention d'infirmités et de stimulation du développement de l'enfant.

Chaque but fixé pour les services de soins de santé pourra nécessiter la mise en oeuvre de nombreuses activités. C'est pourquoi, comme pour les communautés, le personnel de soins de santé peut décider de ne retenir que deux ou trois buts.

Le travail accompli par le groupe de travail du district constitue la base de la mise en place d'un système de surveillance et de supervision des activités de prévention des incapacités et de réadaptation dans le district. Le groupe de travail du district peut demander à l'équipe de recherche d'indiquer les modifications à apporter au système actuel pour que les activités élargies soient également surveillées et supervisées.

CHAPITRE 5.

SURVEILLANCE ET SUPERVISION DE LA PREVENTION DES INCAPACITES ET DE LA READAPTATION

La surveillance et la supervision sont des opérations permanentes qui fournissent aux responsables de programmes des données sur les mesures prises par le personnel du programme et leurs résultats. Les responsables des programmes comparent les informations reçues aux objectifs du programme et aux activités prévues. Sur la base de leur comparaison, ils font des observations au personnel et précisent les modifications à apporter pour atteindre les objectifs du programme.

La surveillance et la supervision des activités de prévention des incapacités et des activités de réadaptation doivent faire partie intégrante de la surveillance et de la supervision systématiques entreprises dans le cadre des services de santé de district. L'équipe de recherche peut examiner la situation actuelle et faire des recommandations à l'équipe de santé de district concernant les modifications à apporter. L'équipe de santé du district, et en particulier le médecin responsable du district, peut examiner les recommandations avec l'équipe de recherche, puis décider des modifications à apporter pour introduire les activités de prévention des incapacités et de réadaptation dans le système pour la surveillance et la supervision.

CE QU'IL FAUT SURVEILLER

Pour déterminer si le système actuel de surveillance s'étend bien aux activités de prévention des incapacités et de réadaptation, l'équipe de recherche devra déterminer les activités qui sont actuellement surveillées, les activités qu'il faudrait surveiller et ce qu'il convient d'ajouter au processus de surveillance.

Les plans d'action élaborés par le groupe de travail districale pour la prévention des incapacités et la réadaptation contribueront à déterminer les informations nécessaires aux fins de la surveillance. L'exemple d'un but et d'un indicateur donné à la page 32 provient du plan d'action présenté dans l'encadré de la page 30.

Afin de surveiller les progrès accomplis en vue d'atteindre ce but, l'indicateur doit être intégré aux opérations de surveillance systématique. Si le service a limité le nombre de ses buts et donc de ses indicateurs, comme on l'a suggéré au chapitre 4, il ne devrait pas être difficile

d'ajouter quelques indicateurs supplémentaires au processus actuel de surveillance du district.

But	Dans les communautés désignées, chaque famille ayant un enfant handicapé âgé de 0 à 5 ans saura comment éviter les infirmités et/ou comment promouvoir le développement le plus normal possible de l'enfant.
Indicateur	Au moins un membre de la famille de chaque enfant pourra faire la démonstration d'activités appropriées de prévention d'infirmités et de stimulation du développement de l'enfant.

EXAMEN DU SYSTEME ACTUEL

Si le processus de surveillance est très voisin de celui de la supervision, on peut les analyser séparément pour déterminer si les solutions établies permettent bien de couvrir des activités liées à la prévention des incapacités et à la réadaptation.

Surveillance

Pour examiner le processus de surveillance actuel, le groupe de recherche analyse le système actuel de dossiers et de notification pour trouver les informations concernant les incapacités. En examinant le processus, il peut être utile de poser les questions suivantes :

- Quelles données sont actuellement fournies au niveau du district par les services périphériques et quelle proportion de ces données a trait à la prévention des incapacités et à la réadaptation ?

Les données sur la mortalité, la couverture vaccinale et les maladies transmissibles sont fréquemment notifiées, mais certains pays ou régions de pays peuvent avoir d'autres besoins concernant la notification de données.

- Quelles activités du personnel des services de santé sont notifiées ?
- Signale-t-on d'autres informations visant à surveiller l'impact des services de santé ?
- S'il existe un programme de RBC dans le district, quelles sont les informations fournies par les dossiers du programme ?

Les dossiers ci-après peuvent être tenus par l'agent de réadaptation communautaire :

- nombre de personnes handicapées;
- information de base sur les limitations fonctionnelles des handicapés participant au programme;
- nombre de personnes ayant amélioré leurs fonctions dans les activités de la vie courante et/ou pouvant participer à des activités scolaires, professionnelles ou sociales;
- nombre d'orientations-recours, avec mention du type de service ou de matériel fourni;
- nombre d'enfants handicapés scolarisés à la suite d'un programme de RBC;
- nombre d'adultes handicapés ayant bénéficié d'une formation au développement des compétences ou exercé une activité génératrice de revenus à la suite du programme de RBC.

Si ces informations sont déjà disponibles et régulièrement signalées au responsable districte du programme de RBC, les services de santé généraux n'ont pas besoin de les consigner et de les notifier.

Un examen du processus de surveillance pour les services de santé peut montrer que certaines informations liées à la prévention de maladies ou d'affections susceptibles d'entraîner des incapacités sont bien fournies, mais qu'il n'y a pas de notification systématique des données directement liées aux handicapés ou à la réadaptation.

Supervision

La supervision des services de santé au niveau du district est généralement assurée de différentes manières, par exemple par l'examen des rapports, des réunions du personnel et des visites aux installations de santé périphériques.

Un examen de la supervision systématique des activités de soins de santé indiquera si elle couvre les activités liées à la prévention des incapacités et à la réadaptation. Il convient de se préoccuper tout particulièrement de deux aspects des attributions du personnel : 1) les activités liées au dépistage précoce des incapacités et 2) la fourniture de conseils aux handicapés et/ou à leur famille.

Si les services de santé ordinaires ne s'étendent pas à l'évaluation des enfants pour le dépistage précoce des incapacités, la supervision ne le fera pas non plus. Dans le cas contraire, des mesures permettant de

dépister les incapacités pourront être incorporées aux programmes de surveillance systématique de la croissance et les activités de supervision seront élargies en conséquence.

Si les infirmières ne devaient pas auparavant conseiller les handicapés et/ou leur famille, cette activité risque de ne pas être expressément prévue dans les procédures de supervision systématiques. Il est généralement prévu toutefois que les infirmières fourniront des conseils concernant la protection ou l'amélioration de la santé et, comme les handicapés font partie de la communauté, ils auront droit à des conseils de ce type. Il ne s'agit donc pas d'une tâche supplémentaire pour le personnel, mais plutôt d'un aspect de leurs attributions habituelles.

Si un programme de RBC a été établi dans le cadre des services de santé du district, il se peut que des dispositions spéciales régissent la supervision et l'encadrement des agents de santé communautaires qui entreprennent des activités de réadaptation. Les agents de santé communautaires relèvent généralement des infirmières de l'installation de santé la plus proche qui les conseillent et les appuient dans leurs activités de soins de santé primaires. Les infirmières doivent aussi fournir les conseils et l'encadrement nécessaires aux agents de santé communautaires dans leurs activités concernant la réadaptation. En outre, les agents de santé communautaires peuvent recevoir un appui technique des rééducateurs de niveau intermédiaire affectés à l'hôpital du district.

L'aide technique que l'agent de santé communautaire recevra du rééducateur de niveau intermédiaire dépendra du nombre de rééducateurs dont dispose l'hôpital du district et des moyens de transport disponibles pour les visites sur les lieux. Si un rééducateur peut se déplacer régulièrement dans l'ensemble du district, l'appui technique qu'il fournira aux agents de santé communautaires sera plus important que s'il communique avec eux uniquement en ce qui concerne les sujets orientés vers l'hôpital. Si le rééducateur ne se rend pas dans la communauté, le nombre de cas orientés vers l'hôpital sera plus important, mais l'appui fourni par le rééducateur restera limité. Quand le rééducateur n'est pas en mesure de se rendre dans la communauté, les agents de santé communautaires devront être mieux encadrés par les infirmières. Le rééducateur devra probablement assurer une formation en cours d'emploi aux infirmières pour leur permettre de bien tenir ce rôle.

BESOINS SUPPLEMENTAIRES CONCERNANT LA SURVEILLANCE ET LA SUPERVISION

Un examen des procédures de surveillance et de supervision des services de soins de santé peut faire apparaître la nécessité de modifier le système actuel afin d'améliorer la couverture des activités de prévention des incapacités et de réadaptation. Les encadrés des pages suivantes

présentent des exemples de domaines qui pourraient être surveillés et des suggestions sur la façon de procéder.

Si les procédures de surveillance sont modifiées, les procédures de supervision doivent l'être aussi. Si les procédures de surveillance sont élargies, par exemple aux domaines mentionnés dans ces encadrés, les procédures de supervision devront l'être aussi pour que le personnel puisse :

- déterminer les types et les causes des incapacités ou acheminer les cas de manière appropriée;
- faire le nécessaire pour dépister les incapacités;
- fournir les conseils nécessaires sur la prévention des infirmités et la stimulation du développement normal des enfants souffrant de différentes catégories d'incapacités.

Exemple

Ce qu'il faut surveiller

Incidence, prévalence et causes des incapacités.

Comment surveiller

Chacun des centres de santé les plus périphériques établira un registre des handicapés dans leurs communautés, en indiquant dans chaque cas le type d'incapacité, la cause, l'âge de l'intéressé et l'âge auquel l'incapacité l'a frappé.

Un résumé annuel des données est soumis au niveau du district, lequel rassemble les données sur :

- le nombre de nouveaux cas d'incapacités apparus au cours de l'année (incidence);
- le nombre total de personnes atteintes par une incapacité – nouveaux et anciens cas (prévalence);
- les types d'incapacités et les causes.

Exemple

Ce qu'il faut surveiller

Dépistage précoce des incapacités chez les enfants de 0 à 5 ans.

Comment surveiller

Une méthode consiste à ne surveiller que les sujets réputés à risque d'incapacité. Il s'agit des enfants qui ont eu une maladie grave comme la méningite, le paludisme ou une infection entraînant une forte fièvre, des convulsions ou une perte de conscience pendant plus d'une journée; ou les enfants qui ne se développent pas comme les autres enfants de leur âge. Les fiches de santé de ces enfants porteront un signe distinctif pour qu'ils retiennent spécialement l'attention lorsqu'ils sont amenés aux services de santé pour la surveillance régulière de la croissance et les vaccinations.

Une autre méthode consiste à surveiller tous les enfants par une évaluation systématique de la vue, de l'ouïe et du développement. Cette opération pourrait intervenir tous les six mois jusqu'à deux ans, puis une fois l'an jusqu'à cinq ans. L'évaluation peut être incorporée à la surveillance régulière de la croissance.

Exemple

Ce qu'il faut surveiller

Nombre de mères d'enfants handicapés de 0 à 5 ans en mesure de promouvoir le développement le plus normal possible de leur enfant.

Comment surveiller

Chaque centre de santé périphérique tient une liste des mères (ou des autres membres de la famille) qui ont reçu des conseils sur la prévention des infirmités et la stimulation du développement dont leur enfant handicapé a besoin.

Lorsqu'une mère (ou un autre membre de la famille) d'un enfant handicapé est en mesure de démontrer l'ensemble des activités préconisées par le personnel de soins de santé, celui-ci en prend note.

Après la formulation de ses recommandations, le groupe de recherche consulte le groupe de travail du district avant de présenter ses recommandations à l'équipe de santé du district. Une fois que le groupe de travail du district les a approuvées, les recommandations finales peuvent être soumises à l'équipe de santé du district qui décidera des procédures à suivre pour surveiller et superviser la mise en oeuvre des plans d'action.

Le groupe de travail du district, en collaboration avec l'équipe de santé du district, peut également souhaiter présenter les plans d'action à d'autres secteurs dans le domaine de la réadaptation, ce qui peut constituer la base d'une collaboration et de l'élaboration ou du renforcement d'un programme de réadaptation complet dans le district.

CHAPITRE 6.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

La coordination des services de réadaptation présente de nombreux avantages pour les personnes atteintes d'incapacités. Si un service comme la santé est au courant de ce qui est offert par un autre service comme l'éducation ou les affaires sociales, le service de santé peut en informer les handicapés et prendre les mesures nécessaires pour l'orientation-recours. Le degré de coordination entre les services de réadaptation varie d'un pays à l'autre, mais aussi d'un district à l'autre à l'intérieur d'un pays.

Si un district est doté d'un programme de RBC, il est peut-être déjà question des incapacités dans les réunions intersectorielles au niveau du district. Un comité de développement du district peut, par exemple, être constitué pour traiter ces questions. Si tel est le cas, un représentant du secteur de la santé aura peut-être déjà fait rapport sur ses activités visant à renforcer la prévention des incapacités et la réadaptation.

Si le dossier des incapacités n'a pas été abordé par les réunions intersectorielles du district, le groupe de travail du district peut proposer de commencer à le faire. Le représentant des services de santé au comité de développement du district peut informer les autres membres du comité de l'initiative prise par le secteur de la santé et proposer une réunion des représentants des secteurs pertinents et des ONG concernées pour discuter du renforcement de l'ensemble des services de réadaptation. Les secteurs pertinents seront, par exemple, l'éducation, les affaires sociales, l'emploi et les autorités locales. Parmi les ONG concernées figureraient notamment celles qui s'intéressent aux handicapés et celles qui fournissent des services spéciaux contribuant à la réadaptation.

DISCUSSIONS INTERSECTORIELLES

Un atelier d'une journée peut alors être organisé à l'intention des représentants des parties intéressées afin d'examiner les points suivants :

- présentation des résultats de l'examen de la situation des handicapés et des services de santé effectué par le secteur de la santé;
- présentation des activités de réadaptation des autres ministères et organisations;

- présentation des plans du secteur de la santé visant à renforcer des services de prévention des incapacités et de réadaptation;
- recherche des moyens de renforcer la collaboration entre l'ensemble des secteurs.

L'atelier ne doit pas être une réunion à laquelle chaque secteur décide s'il souhaite ou non faire le point de ses activités et élaborer un plan pour renforcer ses services. Ces activités-là devront être accomplies dans le cadre de chaque secteur.

Au cours de l'atelier, les autres secteurs et organisations peuvent avoir l'occasion de décrire leurs activités en cours ou prévues. L'encadré ci-après contient des exemples d'activités concernant la réadaptation qui peuvent exister dans différents secteurs et organisations. Il peut aussi s'agir d'activités qui n'ont pas encore été lancées, mais qui pourraient l'être dans le cadre d'une collaboration visant à renforcer les services offerts aux handicapés.

Certaines des activités mentionnées, comme les conseils sur l'enseignement spécial ou la formation à des compétences déterminées, supposent une expertise particulière. D'autres activités, comme une meilleure sensibilisation et la promotion de l'intégration sociale des handicapés, peuvent être assurées par plusieurs ministères et organisations. Ces activités peuvent se prêter à des efforts communs.

L'atelier peut déboucher sur la mise au point d'un calendrier de discussions intersectorielles régulières (associant les ministères et les ONG) sur les problèmes liés aux incapacités. L'utilité de telles discussions dépendra de ce qui se fait déjà dans ce domaine au niveau du district. Comme on l'a déjà relevé, il peut déjà exister un comité du district qui en est chargé. Si tel est le cas, les représentants des divers secteurs de la réadaptation doivent décider s'il est nécessaire de se réunir séparément pour examiner leurs propres activités de manière approfondie et renforcer leur collaboration. Le groupe peut décider que ces discussions s'imposent, au moins pendant une période limitée, afin de renforcer la communication et la collaboration.

Initialement, les discussions intersectorielles auront par exemple pour but :

- de présenter des rapports sur ce qui se fait dans différents secteurs;
- de renforcer la collaboration en vue de l'orientation-recours;
- de préciser les activités qui peuvent être menées conjointement.

Exemples d'activités menées par des secteurs autres que la santé et des organisations s'intéressant aux handicapés

Education	Fournir des conseils aux enseignants d'écoles fréquentées par des enfants handicapés sur les méthodes d'enseignement spéciales Fournir un enseignant connaissant les méthodes spéciales qui se rendra dans les écoles pour évaluer les enfants handicapés
Services sociaux	Fournir des pensions d'invalidité Fournir des appareils ou du matériel destinés aux handicapés
Emploi	Fournir une formation professionnelle aux handicapés Aider les handicapés à trouver du travail
Autorités locales	Veiller à ce que le dossier des incapacités soit traité dans les projets de développement communautaires
Organisations s'occupant de handicapés	Promouvoir la formation aux compétences et la recherche d'un emploi Faire en sorte que les programmes destinés à l'ensemble de la population tiennent également compte des besoins des handicapés Promouvoir une meilleure sensibilisation aux problèmes liés aux incapacités
ONG, par exemple associations de femmes et de jeunes, Croix-Rouge ou Croissant-Rouge	Aider les handicapés et/ou leur famille Favoriser les modifications nécessaires à apporter aux croyances et attitudes concernant les incapacités Veiller à ce que les handicapés soient des membres actifs de ces organisations

Le groupe peut décider de fixer les buts à atteindre par les discussions et de définir des indicateurs à cette fin. Par exemple, si un des buts consiste à augmenter le nombre de handicapés acheminés vers l'hôpital de district, un indicateur du succès sera le nombre accru de sujets acheminés. Il faut cependant veiller à ce que l'acheminement soit approprié et nécessaire.

CONCLUSION

On a suggéré dans ce guide des mesures qui peuvent être prises dans le cadre du secteur de la santé pour renforcer la prévention des

incapacités et la réadaptation. Vu les différences d'un pays à l'autre et même d'un district à l'autre concernant l'importance accordée par le secteur de la santé aux incapacités, il se peut que certains districts ne se servent que d'une ou de deux sections du guide alors que d'autres l'utiliseront dans son intégralité. Certains peuvent s'inspirer des suggestions fournies, mais organiser leurs activités d'une manière différente.

Si une équipe de santé de district a décidé de suivre les mesures proposées dans le guide et formé des groupes de travail communautaire et districte pour la prévention des incapacités et la réadaptation, elle doit s'efforcer de les maintenir. Chaque groupe qui a contribué à la formulation de plans d'action peut aussi aider à mettre en oeuvre et à surveiller ces plans. En outre, ces groupes seront bien préparés pour promouvoir la collaboration avec les autres secteurs concernés par la réadaptation.

= = =

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX DOCUMENTS

Nom :

Adresse :

Nous vous remercions de votre commande de la publication, référence WHO/RHB/95.1. Nous vous saurions gré de bien vouloir remplir et nous renvoyer les questionnaires ci-joints. Cela nous aidera à améliorer le contenu de la publication. Veuillez nous renvoyer le premier dès que vous aurez parcouru le document, et le second trois mois plus tard.

.....
Veuillez cocher la réponse qui convient.

1. Comment allez-vous utiliser ce document ?

- utilisation personnelle
- bibliothèque/centre de documentation
- gestion
- enseignement
 - s'adressant à des professionnels
 - s'adressant à des agents de réadaptation
 - à base communautaire
 - s'adressant aux familles
- autres - veuillez préciser

2. Combien de personnes, selon vous, utiliseront ce document ou une copie de celui-ci ?

- 1
- 2 à 5
- plus de cinq

3. Jugez-vous cette publication utile ?

- très utile
- assez utile
- inutile

4. Comment pourrait-on améliorer le contenu du document ?

.....
.....
.....
.....

5. Autres observations :

.....
.....
.....

Signature :

Date :

Merci de votre coopération.

A renvoyer à : Organisation mondiale de la Santé, Service Réadaptation, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse, ou télécopie : + 41 22 - 791 4874

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX DOCUMENTS

Nom :

Adresse :

Nous vous remercions de votre commande de la publication, référence WHO/RHB/95.1. Nous vous saurions gré de bien vouloir remplir et nous renvoyer les questionnaires ci-joints. Cela nous aidera à améliorer le contenu de la publication. Veuillez nous renvoyer le premier dès que vous aurez parcouru le document, et le second trois mois plus tard.

.....

Veuillez cocher la réponse qui convient.

1. Comment allez-vous utiliser ce document ?

- utilisation personnelle
- bibliothèque/centre de documentation
- gestion
- enseignement
 - s'adressant à des professionnels
 - s'adressant à des agents de réadaptation
 - à base communautaire
 - s'adressant aux familles
- autres - veuillez préciser

2. Combien de personnes, selon vous, utiliseront ce document ou une copie de celui-ci ?

- 1
- 2 à 5
- plus de cinq

3. Jugez-vous cette publication utile ?

- très utile
- assez utile
- inutile

4. Comment pourrait-on améliorer le contenu du document ?

.....

.....

.....

.....

5. Autres observations :

.....

.....

.....

Signature :

Date :

Merci de votre coopération.

A renvoyer à : **Organisation mondiale de la Santé, Service Réadaptation, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse, ou télécopie : + 41 22 - 791 4874**