

Module Introduction



Réadaptation à base communautaire **Guide de RBC**



Organisation
mondiale de la Santé



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Réadaptation à base communautaire : guide de RBC.

1.Rééducation et réadaptation. 2.Handicapé. 3.Service public santé. 4.Politique sanitaire. 5.Droit de l'homme. 6.Justice sociale. 7.Participation consommateurs. 8.Ligne directrice. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Unesco. III.Bureau international du travail. IV.International Disability Development Consortium.

ISBN 978 92 4 254805 1

(Classification NLM : WB 320)

© Organisation mondiale de la Santé 2011

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Graphisme : Inis Communication – www.iniscommunication.com

Imprimé à Malte

Vers

**un développement inclusif
à base communautaire**

Éditeurs en chef : Chapal Khasnabis et Karen Heinicke Motsch.

Groupe consultatif : Philippe Chervin, Mike Davies, Sepp Heim, Einar Helander, Etienne Krug, Padmani Mendis, Federico Montero, Barbara Murray, Alana Officer, Enrico Pupulin et William Rowland.

Groupe éditorial & principaux auteurs : Kamala Achu, Kathy Al Jubah, Svein Brodtkorb, Philippe Chervin, Peter Coleridge, Mike Davies, Sunil Deepak, Kenneth Eklindh, Ann Goerd, Cindy Greer, Karen Heinicke-Motsch, Derek Hooper, Venus B Ilagan, Natalie Jessup, Chapal Khasnabis, Diane Mulligan, Barbara Murray, Alana Officer, Francesca Ortali, Bob Ransom, Aline Robert, Sue Stubbs, Maya Thomas, Venkatesh Balakrishna et Roselyn Wabuge-Mwangi.

Éditeurs techniques : Nina Mattock et Teresa Lander.

Conception et mise en page : Inís Communication.

Illustrations : Regina Doyle.

Les traducteurs qui en ont établi les différentes versions linguistiques :
Nejla El Khadiri, N.EIKhadiri Consulting, Geneva.

Photos de couverture : Chapal Khasnabis et Gonna Rota.

Texte alternatif : Angela Burton.

Soutien financier : Gouvernement Italien, Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Gouvernement Norvégien, Gouvernement Suédois, Gouvernement du Royaume-Uni, Organisation internationale du travail (OIT), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), CBM, Sightsavers, AIFO et Light for the World.

Soutien administratif : Rachel Mackenzie.

Guide de RBC

Introduction

Table des matières

Préface	1
Remerciements	3
À propos du Guide de RBC	9
Introduction	13
Gestion	31
Annexe : Exemples de structures de gestion des programmes de RBC	67

Préface

La réadaptation à base communautaire (RBC) a été initiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suite à la Déclaration de Alma Ata en 1978. Elle a été promue comme une stratégie visant à améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les pays à revenu faible et moyen, et ce en optimisant l'utilisation des ressources locales. Au cours des 30 dernières années, à travers la collaboration avec d'autres organisations des Nations Unies, des organisations non-gouvernementales et des associations de personnes handicapées, la RBC s'est développée en une stratégie multisectorielle pour répondre aux besoins à plus grande échelle des personnes handicapées, assurer leur participation et leur inclusion dans la société et améliorer leur qualité de vie.

Les cinq dernières années ont été l'occasion pour les acteurs de la RBC de travailler en étroite collaboration pour la mise en œuvre de ce *Guide de la RBC* qui se base sur les principales recommandations adoptées en 2003, lors de la Consultation internationale consacrée à l'examen de la réadaptation à base communautaire à Helsinki, et en 2004, dans le document d'orientation conjoint sur la RBC de l'OIT (Organisation Internationale du travail), l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) et l'OMS. Le Guide considère que la RBC est une stratégie qui peut contribuer à la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, de législations nationales qui incluent les personnes handicapées et qui soutiennent le développement inclusif à base communautaire.

Le Guide offre aux directeurs de la RBC, entre autres, des propositions d'ordre pratique sur les moyens de développer ou de renforcer les programmes de RBC et de veiller à ce que les personnes handicapées et leurs familles 'soient en mesure d'accéder aux prestations des secteurs de la santé, de l'éducation, des moyens de subsistance et des prestations sociales. Le Guide insiste fortement sur l'autonomisation (*'empowerment'*) en facilitant l'intégration et la participation des personnes handicapées, de leurs familles et communautés dans tous les processus de développement et de prise de décision. Le Guide encourage également les programmes de RBC à être évalués et que des études supplémentaires soient menées sur l'efficacité et l'efficience de la RBC dans différents contextes.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ainsi que le Consortium international sur le handicap et le développement (IDDC), notamment les membres du Groupe spécial de la RBC – CBM, Handicap International, l'Association italienne Amici di Raoul Follereau (AIFO), Light for the World, l'Association norvégienne pour les personnes handicapées et Sightsavers – ont étroitement collaboré à l'élaboration du présent document. Il ne faut pas omettre de mentionner aussi la participation de plus de 180 individus et d'environ 300 organisations du monde entier et notamment des pays à faible revenu. Nous tenons à leur exprimer notre profonde gratitude pour leur soutien précieux et leurs contributions.

Dr Ala Alwan

Sous-directeur général

Maladies non transmissibles et santé mentale

Organisation mondiale de la santé

Remerciements

Collaborateurs

Alireza Ahmadiyeh, Anupam Ahuja, Flavia Ester Anau, Marta Aoki, Shitaye Astawes, Luis Fernando Astorga, Ruma Banerjee, Angelo Barbato, Alcida Pérez Barrios, Denise Dias Barros, Mary Basinda, Raymann Beatriz, Beverly Beckles, Herve Bernard, Josse M. Bertolote, Françoise Boivon, Johan Borg, Wim Van Brakel, Vianney Briand, Ron Brouillette, Lissen Bruce, Jill Van den Brule, Stéphanie Lucien Brun, Cesar Campoverde, Joan Carey, Lorenzo Carraro, Blanca Castro, Mahesh Chandrasekhar, Gautam Chaudhury, Park Chul-Woo, Denis Compingt, Huib Cornielji, Enrique Coronel, Hannah Corps, Ajit Dalal, Tulika Das, Nan Dengkun, Bishnu Maya Dhungana, Pascal Dreyer, Servious Dube, Marcia Dugan, Livia Elvira Enriquez, Daniel Essy Etya'Ale, Amy Farkas, Harry Finkenflugel, Jonathan Flower, Ruiz Alix Solangel Garcia, Rita Giacaman, Susan Girois, Aloka Guha, Ghada Harami, Sally Hartley, Piet Van Hasselt, Sanae Hayashi, Damien Hazard, Els Heijnen, Sepp Heim, Emma Howell, Patrick Hubert, Shaya A. Ibrahim, Djenena Jalovcic, N. Janardhan, Ivo de Jesus, Zhang Jinming, Donatila Kanyamba, Anita Keller, Jahurul Alam Khandaker, Charles Kilibo, Kalle Konkola, Pim Kuipers, Emmanuel Laerte, Silva Latis, Chris Lavy, Soo Choo Lee, Tirza Leibowitz, Anne Leymat, Yan Lin, Johan Lindeberg, Anna Lindström, Graziella Lippolis, Betty MacDonald, Geraldine Maison-Halls, M.N.G. Mani, Steve Mannion, Enzo Martinelli, Gloria Martinez, Phitalis Were Masakhwe, Roy Mersland, Rajanayakam Mohanraj, Ashis K. Mukherjee, Roselyn Mwangi-Wabuge, James Mwesigye, Margaret Naegeli, D.M. Naidu, Alex Ndeezi, Alice Nganwa, Tran Thi Nhieu, Stela Maris Nicolau, Henry Mwizegwa Nyamubi, Lawrence Ofori-Addo, Joan Okune, Fatima Corrêa Oliver, Francesca Ortali, Parvin Ortogol, Djibril Ouedreagou, R. Pararajasegaram, Istvan Patkai, Carole Patterson, Akhil S. Paul, Norgrove Penny, Hernan SOTO Peral, Debra Perry, Katharina Pfortner, Eric Plantier, Fiona Post, Grant Preston, Bhushan Punani, Sheila Purves, Adolf Ratzka, Nandini Rawal, Eladio Recabarren, Chen Reis, Ramin Rezaei, Aline Robert, Silvia Rodriguez, Desire Roman, Gonna Rota, Theresa Rouger, Johannes Sannesmoen, Mary Scott, Alaa Sebeh, Tom Shakespeare, Albina Shankar, Valerie Sherrer, Andrew Smith, Sian Tesni, Ongolo Thomas, Florence Thune, Heinz Trebbin, Daniel Tsengu, Veronica Umeasiegbu, Claudie Ung, Isabelle Urseau, Geert Vanneste, Johan Veelma, Rens Verstappen, John Victor, Mary Kennedy Wambui, Sheila Warenbourg, Patrick Wasukira, Terje Watterdal, Marc Wetz, Mary Wickenden, Hu Xiangyang, Miguel Yaber, Veda Zachariah, Daniel Zappala, Tizun Zhao et Tuling Zhu.

Révision collégiale

Kamala Achu, Rosangela Berman-Bieler, Roma Bhattacharjea, Dan Blocka, Jean-Luc Bories, Wim Van Brakel, Matthias Braubach, Svein Brodtkorb, Rudi Coninx, Huib Cornielji, Kenneth Eklindh, Gaspar Fajth, Hetty Fransen, Beth Fuller, Cristina Gallegos, Donna Goodman, Demet Gulaldi, Praveena Gunaratnam, Sally Hartley, Sanae Hayashi, Sayed Jaffar Hussain, Djenana Jalovcic, Aboubacar Kampo, Etienne Krug, Garren Lumpkin, Chewe Luo, Charlotte McClain-Nhlapo, Asish Kumar Mukherjee, Barbara Murray, Brenda

Myers, Kozue Kay Nagata, Alice Nganwa, Kicki Nordström, Alana Officer, Hisashi Ogawa, Malcolm Peat, Louise A. Plouffe, Fiona Post, Francesca Racioppi, Pia Rockhold, Hala Sakr, Chamaiparn Santikarn, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Helen Schulte, Kit Sinclair, Joe Ubiedo, Nurper Ulkuer, Armando Vasquez et Alexandra Yuster.

Révision sur le terrain

AFRIQUE DU SUD

Cheshire Homes Afrique du Sud, JICA (Agence japonaise de coopération internationale) – Bureau Afrique du Sud de Leonard Cheshire Disability – Bureau régional d’Afrique du Sud (SARO) et Réseau sud-africain des organisations non gouvernementales.

BANGLADESH

Centre pour ‘le handicap dans le développement’ (CDD) et Forum national d’organismes œuvrant auprès des personnes handicapées (NFOWD).

BURKINA FASO

Centre ophtalmologique de Zorgho et Programme de Réadaptation à base communautaire (RBC) de Ouargaye & Garnago.

CAMBODGE

Mission de développement cambodgienne pour le handicap (CDMD) et Centre national des personnes handicapées.

CHINE

Hôpital universitaire de Anhui, hôpital ‘First Hospital’ de l’Université de Pékin, Association chinoise de médecine physique et de réadaptation, Fédération chinoise des personnes handicapées, Fédération chinoise des personnes handicapées (Centre d’orientation du service social), Centre chinois de recherche en réadaptation, Société chinoise de médecine physique et de réadaptation, Fédération des personnes handicapées – Ville de Dong Guan, Fédération des personnes handicapées – Province de Guangdong, Fédération des personnes handicapées – Province de Hubei, Fédération des personnes handicapées – Comté de Nan Pi, Fédération des personnes handicapées – District de Shun De, Fédération des personnes handicapées – Ville de Wuhan, Association de réadaptation de la Fédération des personnes handicapées – Province de Guangdong, Centre de réadaptation de la Fédération des personnes handicapées – Province de Guangdong, Centre de services pour les personnes handicapées – Shenzhen, Centre de services pour les personnes handicapées – District de Shun De, Université de Fudan – Hôpital de Huashan, Association médicale de réadaptation, Centre de réadaptation des travailleurs de Guangdong, Centre de ressources familiales de Guangzhou Likang, First Hospital de la ville de Guangzhou Shi Jia Zuang, Université des sciences et de la

technologie de Hua Zhong, Centre de santé communautaire de la ville de Jiang Men North Street, '2nd Hospital' de l'École de médecine de Kuming, Nan Pi, Village de Jin Ya, Nan Pi, Village de Yu Shan Te, Save the Children – Royaume-Uni, hôpital populaire '2nd Hospital' de Shenzhen, hôpital populaire '9th hospital' de Shenzhen, Centre de ressources de la ville de Shenzhen d'aides techniques et technologiques pour personnes handicapées, Centre collaborateur de l'OMS pour la réadaptation- Société de Hong Kong pour la réadaptation, Centre collaborateur de l'OMS pour la réadaptation – Université des sciences médicales de Sun Yat-Sen, Centre collaborateur de l'OMS pour la formation et la recherche en réadaptation – Hôpital Tongji, École de santé publique de Xianning, Hôpital provincial de Zhejiang et 3ème hôpital de l'Université de Zhong Shan.

ÉGYPTE

Centre de soutien, d'éducation, de formation et d'intégration – Le Caire.

ÉTHIOPIE

Centre de réadaptation Arba Minch, CBM Éthiopie, Réseau de RBC Éthiopie, Fondation Cheshire Éthiopie – Addis Abeba, Fondation Cheshire Éthiopie – Jimma, Services Cheshire – Dire Dawa, Services Cheshire – Harar, Services Cheshire Éthiopie, Association nationale Éthiopienne pour les sourds, Réseau éthiopien d'action nationale pour le handicap, Fiche (RBC), Université de Gondar (RBC), Université de Gondar (Département de kinésithérapie), Helpers of Mary, Sako (RBC), Missionnaires médicales de Marie, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé, Association nationale des enfants et des jeunes avec un retard mental, Nekemtie (RBC), RAPID (RBC), Rapid Adama (RBC) et Services de réadaptation pour les sourds.

GHANA

Action en faveur du handicap et du développement (ADD), Assemblée du District d'Agona, Hôpital Bawku (unités d'audiologie, de physiothérapie et d'orthopédie), Département d'aide sociale – District d'Agona, Département d'aide sociale – Région du Volta, Département d'aide sociale – Winneba, Assemblée du district de Nkwanta, Administration de la santé du District de Swedru, Echoing Hills, Garu RBC, Association des aveugles du Ghana – Ga-Adangme, Association des aveugles du Ghana (GAB), Service d'éducation du Ghana (GES), Fédération des personnes handicapées du Ghana, Association nationale des sourds du Ghana, Société des aveugles du Ghana – Région de Brong Ahafo, Société des aveugles du Ghana (GSB), Projet RBC de Krachi, ministère de l'Éducation, Commission nationale pour l'éducation civique, Parents et familles des personnes handicapées, RBC Église presbytérienne – Garu, Armée du salut – Dunkwa, Armée du salut – Begoro, Armée du salut (Projet de réadaptation communautaire), Armée du salut (École intégrée pour les sourds), Armée du salut (Services médicaux et sociaux) – Accra, Programme de réadaptation à base communautaire de Sandema – Upper West Region, Sightsavers – bureau national, Sightsavers – ,Krachi Sightsavers – Nkwanta, responsable de la planification du District de Swedru, chefs traditionnels et religieux de Duakwa et Université de l'éducation – Winneba.

GUYANE

Conseil caribéen pour les aveugles (CCB), Programme de réadaptation à base communautaire de Guyane, ministère de la Santé, Commission nationale du handicap et Association de soutien pour les sourds déficients auditifs.

INDE

Aaina, Action en du pour le handicap et du le développement – Inde, AIFO Inde, Basic Needs Inde, Association des personnes aveugles – Inde, CBM, Forum RBC, Réseau RBC – Bangalore, Cheshire Homes Inde – Coorg, Réseau législatif des droits de l’Homme, Leonard Cheshire International, Leonard Cheshire International – Bangalore, ministère du Développement des ressources humaines, ministère de la Justice sociale et de l’Autonomisation (*‘Empowerment’*), Mobility India, Mouvement pour l’émancipation rurale, Fondation Narendra, Bureau du Commissariat National chargé des personnes handicapées, Pallium Inde, Institut d’études supérieures pour la formation et la recherche médicales – Chandigarh, Conseil Indien de réadaptation, Université de Rohilkhand (Institut d’études supérieures en éducation), Fondation Saha, Sense International – Inde, SEVA in Action, Académie Shree Ramana Maharishi pour les aveugles, Association des personnes spastiques de Karnataka, Association des personnes spastiques de Tamil Nadu, Association des personnes handicapées et Viklang Kendra.

INDONÉSIE

Centre de développement et de formation de la RBC (CBR-DTC) et Programme de RBC de la province de Sulawesi du Sud.

KENYA

Association des personnes handicapées physiques du Kenya, Association nationale des sourds du Kenya, Association nationale des sourds, Institut de formation médicale du Kenya, Société des aveugles du Kenya, Union pour les aveugles, Leonard Cheshire Disability – Bureau régional de l’Afrique de l’Est et du Nord (ENAR), Little Rock ECD, ministère de la Santé, Sense International – Afrique de l’Est et Volontaires en service outre-mer (VSO) – Kenya.

LIBAN

Arc En Ciel, Association de réadaptation à base communautaire, Diakonia, Union générale des femmes palestiniennes, Aide médicale pour la Palestine, Association Nahda, Secours populaire norvégien, Save the Children – Suède et Association norvégienne des personnes handicapées.

MALAWI

Fédération des organisations de personnes handicapées au Malawi (FEDOMA), Feed the Children Malawi, Conseil pour les personnes handicapées au Malawi (secrétariat du

programme national de RBC du Malawi), ministère de l'éducation, des Sciences et de la Technologie, ministère du Genre, de l'enfant, et du Développement communautaire, ministère de la Santé et ministère du Travail.

MEXIQUE

Pina Palmera.

MONGOLIE

AIFO – bureau national , Programme RBC de Mongolie et Centre national de réadaptation de Mongolie, Programme national de RBC.

MYANMAR

World Vision International – bureau national .

NICARAGUA

Projet RBC de Juigalpa.

OUGANDA

Action en faveur du handicap et du développement – Ouganda, Programme de RBC du District de Busia, CBM, Réseau de la RBC en Afrique, Alliance de Réadaptation à base communautaire, Association allemande d'aide aux lépreux, GOAL Ouganda, Université de Kyambogo, Leonard Cheshire Disability – Ouganda, Luzira Senior Secondary School, Santé mentale Ouganda, ministère de la Santé, ministère de l'Éducation et des Sports, ministère du Genre, du Travail et du Développement social, Association nationale des personnes sourdes-aveugles d'Ouganda, Union nationale des personnes handicapées d'Ouganda, Sense International, Sightsavers International – Ouganda, organisations de soutien du SIDA, Association nationale des personnes sourdes d'Ouganda, Fondation pour les personnes aveugles d'Ouganda et la Société pour les enfants handicapés de l'Ouganda.

PALESTINE

Centre Al-Nour, Association caritative Al-Wafa, Hôpital Al-Wafa, Association Al-Widad, Association Atflaluna pour les enfants sourds, Association Baituna, Association arabe de Bethléem pour la réadaptation, Université de Birzeit (Institut de santé publique et de santé communautaire), Programme de RBC – Cisjordanie centrale, Programme de RBC – Cisjordanie du Nord, Programme de RBC – Cisjordanie du Sud, Community College, Diakonia et Association norvégienne des personnes handicapées, Programme de santé mentale communautaire de Gaza, Union générale des Palestiniens handicapés, Club international des sourds, Secours islamique de Hébron, Association de Jabalya, Société de réadaptation de Jérusalem, Institut des Médias, Aide médicale pour la Palestine – Royaume-Uni, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (Département d'Éducation

spécialisée), ministère de la Santé (Département de la Gestion des crises), ministère du Gouvernement local, ministère des Affaires sociales, ministère de la Jeunesse et des Sports, Centre national de réadaptation communautaire, Société nationale de réadaptation – Gaza, Commission palestinienne pour les droits des personnes handicapées, Société palestinienne de secours médical, Union Palestinienne de Nunchaku, Médecins Sans Frontières, Radio Al-Iradah (La Voix des personnes handicapées), Société du Croissant Rouge, Right to Life Society, Save the Children – Palestine, Centre Shams de soins pour les personnes handicapées, Association pour les personnes handicapées physiques, Union sportive pour les handicapés, Association Stars of Hope, UNICEF, Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) (programme de réadaptation), OMS et Association Al-Wifak pour le Secours et le Développement.

PAPOUASIE-NOUVELLE GUINEE

Services Callan pour les personnes handicapées.

PHILIPPINES

CBM (Bureau de coordination de la RBC), Association Simon de Cyrène pour la réadaptation et le développement des enfants, Université des Philippines et Hôpital général des Philippines (Département de réadaptation).

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO

Handicap International Belgique – bureau national .

THAÏLANDE

Centre de développement Asie-Pacifique pour le handicap (APCD), Handicap International – Thaïlande, OIT Bureau régional – Thaïlande, Université de Khon Kaen (Faculté des sciences médicales associées), Centre national de réadaptation médicale (ministère de la Santé publique) et Office national pour l'autonomisation des personnes handicapées.

VIETNAM

CBM, Hôpital de réadaptation et Sanatorium de Danang, Hôpital Bach Mai (unité de réadaptation), Comité médical des Pays-Bas – Vietnam et World Vision International – Vietnam.

ZIMBABWE

Institut africain de réadaptation, Fondation Cheshire, Unité de recherche clinique, Fondation de soutien pour l'Épilepsie, ministère de la Santé, Association nationale des établissements de soins pour les personnes handicapées, Conseil national des personnes handicapées du Zimbabwe, Université du Zimbabwe, OMS et Université ouverte du Zimbabwe.

À propos du Guide de RBC

Informations de base relatives au Guide

On estime qu'au moins 10 % de la population mondiale (1) présente un handicap, dont la majorité vit dans des conditions de pauvreté, dans des pays en voie de développement. Les personnes handicapées figurent parmi les groupes les plus vulnérables dans le monde et les moins habilités à participer activement au processus décisionnel. Trop souvent, elles sont victimes de stigmatisation et de discrimination et disposent d'un accès limité aux soins de santé, à l'éducation et aux possibilités d'assurer leurs moyens d'existence.

La réadaptation à base communautaire (RBC) a été d'abord initiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suite à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue en 1978 et à la Déclaration d'Alma-Ata qui en a résulté (2). La RBC était perçue comme une stratégie visant à améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les pays en développement ; toutefois, ces 30 dernières années, sa portée s'est considérablement étendue.

En 2003, une *Consultation internationale consacrée à l'examen de la réadaptation à base communautaire* organisée à Helsinki a émis un certain nombre de recommandations essentielles (3). Par la suite, la RBC a été redéfinie, dans un document d'orientation conjoint de l'OIT, l'UNESCO et l'OMS, comme une stratégie faisant partie intégrante du développement communautaire général qui vise à assurer la réadaptation, l'égalité des chances et l'intégration sociale des personnes handicapées (4). En 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution (58,23) (5) sur la prévention des déficiences et la réadaptation des personnes handicapées, invitant instamment les États Membres « à promouvoir et à renforcer les programmes de réadaptation à base communautaire... ».

La RBC est actuellement mise en oeuvre dans 90 pays. Ce Guide constitue une réponse aux nombreuses questions formulées par les acteurs de la RBC partout dans le monde sur l'orientation à adopter afin de permettre aux programmes de RBC d'aller de l'avant pour être en phase avec les développements susmentionnés. De plus, le Guide apporte, après 30 ans de pratique sur le terrain, une vision et une approche communes de la RBC; il rassemble toutes les connaissances actuelles sur la RBC à travers le monde et fournit un nouveau cadre d'action ainsi que des propositions concrètes à mettre en oeuvre. Ce guide est largement inspiré de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDP) et de son Protocole facultatif (6) qui ont d'ailleurs été établis lors de l'élaboration de ce guide.

Objectifs généraux du guide

- Fournir des recommandations sur les moyens à adopter pour développer et renforcer les programmes de RBC conformément aux dispositions du Document d'orientation conjoint relatif à la RBC et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

- Promouvoir la RBC comme une stratégie pour le développement inclusif à base communautaire afin d'aider à l'intégration transversale des questions liées au handicap dans les initiatives de développement et plus particulièrement afin de réduire la pauvreté.
- Soutenir les acteurs pour répondre aux besoins essentiels des personnes handicapées et de leur famille et améliorer leur qualité de vie, en facilitant leur accès aux services de santé, éducatifs, sociaux et aux moyens de subsistance.
- Encourager les acteurs à faciliter l'autonomisation ('Empowerment') des personnes handicapées et de leur famille en encourageant leur inclusion et leur participation aux processus décisionnel et de développement.

Publics cibles du guide

Le premier public concerné par *le Guide de la RBC* se limite aux :

- Directeurs de la RBC.

Le second public concerné par *le Guide de la RBC* comprend :

- le personnel de RBC
- les agents des soins de santé primaire, les enseignants, les travailleurs sociaux et les autres agents de développement communautaire
- les personnes handicapées et les membres de leur famille
- les organisations de personnes handicapées et les groupes d'entraide
- les responsables gouvernementaux impliqués dans les programmes relatifs au handicap, notamment les fonctionnaires du gouvernement local et les dirigeants locaux
- le personnel des organisations de développement, des organisations non gouvernementales et des organisations à but non lucratif
- les chercheurs et les professeurs universitaires .

Portée du guide

L'objectif principal du guide est de fournir un aperçu élémentaire des principaux concepts, d'identifier les objectifs et les résultats que les programmes de RBC devraient s'efforcer d'atteindre et de proposer des activités permettant la réalisation de ces objectifs. (Ce guide n'est pas d'ordre prescriptif – puisqu'il n'est pas censé répondre à des questions spécifiques relatives à une déficience particulière, ni fournir des recommandations pour des interventions médicales ou techniques, ni servir d'instructions à suivre étape par étape pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme.)

Ce guide est présenté en sept différents livrets :

- **Livret 1** – L'introduction : elle passe en revue le concept du handicap, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, l'évolution de la RBC et la matrice de la RBC. Le Chapitre sur la Gestion offre une vue d'ensemble du cycle de gestion relatif à l'élaboration et au renforcement des programmes de RBC.
- **Livrets 2 à 6** – Chaque livret examine chacune des cinq composantes (santé, éducation, moyens de subsistance, sociale et autonomisation –'empowerment') de la matrice de la RBC.
- **Livret 7** – Le livret supplémentaire aborde quatre problèmes spécifiques, à savoir le VIH/SIDA, la santé mentale, la lèpre et les crises humanitaires, qui ont été jusque-là négligés par les programmes de RBC.

Processus d'élaboration du guide

En novembre 2004, l'OMS, l'OIT et l'UNESCO ont chargé 65 experts des questions relatives au handicap, au développement et à la RBC d'initier l'élaboration de ce guide. Le groupe comprenait des pionniers ou des spécialistes dans le domaine de la RBC, des individus jouissant d'une expérience personnelle des questions relatives au handicap, des représentants d'organisations des Nations Unies, des États Membres, des organisations non gouvernementales internationales de premier plan, des organisations de personnes handicapées, des associations professionnelles, et autres. La réunion a donné lieu à l'élaboration d'une ébauche de matrice de la RBC qui a défini la portée et la structure du guide.

L'élaboration ultérieure de ce guide a été menée par un Comité consultatif et un Groupe central. Pour s'assurer que le guide reflète les bonnes pratiques actuelles et s'inspirent des connaissances accumulées pendant 30 ans dans des centaines de programmes de RBC dans le monde entier, le Groupe central a adopté un processus inclusif, de large envergure et très participatif pour son élaboration, ce qui a assuré la représentation des pays à faible revenu, des femmes et des personnes handicapées. Pour chacune des parties, deux premiers auteurs au moins ont été choisis et ils ont par la suite travaillé avec d'autres collaborateurs du monde entier afin de produire un avant-projet. En somme, plus de 150 personnes ont participé à l'élaboration de ce guide.

Le contenu de ce guide est tiré d'une vaste gamme de ressources documentaires publiées ou inédites, comme des descriptions des meilleures pratiques en matière de développement international et communautaire, directement applicables dans des contextes de pays à faible revenu et facilement accessibles aux acteurs de la RBC dans les pays à faible revenu. Des études de cas provenant d'acteurs qui ont mis en œuvre des programmes de RBC ont été incluses pour illustrer les points de vue exprimés. En outre, compte tenu du fait qu'une partie importante des données factuelles relatives à la RBC réside dans les expériences vécues par les personnes en situation de handicap, plusieurs récits personnels qui soulignent la pertinence et l'utilité des approches de la RBC y sont également relatés.

L'avant-projet a fait l'objet d'un processus approfondi de validation sur le terrain dans 29 pays représentant les différentes régions de l'OMS. En somme, plus de 300 acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la RBC ont commenté l'avant-projet. En se basant sur ces commentaires, l'avant-projet a été révisé par le Groupe central avant qu'il ne soit soumis, pour une révision collégiale, à un groupe d'experts de la RBC, de personnes handicapées, de représentants des agences de l'ONU et de professeurs d'universités pour être finalement révisé de nouveau par le Groupe central.

La publication du guide a été finalement approuvée le 19 mai 2010. Il est prévu que ce guide demeure valable jusqu'en 2020, date à laquelle une révision sera initiée par le Département de la prévention de la violence, du traumatisme et du handicap au siège de l'OMS à Genève.

Références

1. *Disability and prevention: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (available at http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf).
2. *Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*, Geneva, World Health Organization, 1978 (available at: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).
3. *International consultation to review community-based rehabilitation (CBR)*. Geneva, World Health Organization, 2003 (available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf).
4. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, World Health Organization. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (available at: www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html).
5. Resolution WHA58.23. *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 25 May 2005 (available at: www.who.int/disabilities/publications/other/wha5823/en/index.html).
6. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (at: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>)

Introduction

Handicap

Évolution du concept

Afin de comprendre comment le handicap est perçu actuellement, il est utile d'observer l'évolution du concept dans le temps. Historiquement, le handicap a surtout été perçu en termes mythologiques et religieux : ainsi, les personnes handicapées étaient considérées comme des êtres possédés par les démons ou les mauvais esprits; le handicap était aussi souvent considéré comme un châtement pour un péché commis dans le passé. Ces points de vue sont toujours en vigueur de nos jours dans de nombreuses sociétés traditionnelles.

Au cours des dix-neuvième et vingtième siècles, le développement des sciences et de la médecine a permis de comprendre que le handicap a une cause biologique ou médicale, avec des déficiences au niveau de la fonction et de la structure de l'organisme qu'on associe à différents états de santé. Ce modèle médical considère le handicap comme un problème de l'individu, et se concentre principalement sur la guérison et le recours à des soins médicaux par des professionnels .

Plus tard, dans les années 1960 et 1970, le modèle individuel et médical du handicap a été contesté et différentes approches sociales ont été élaborées, comme le modèle social du handicap, par exemple. Ces approches ont dévié l'attention des aspects médicaux du handicap pour mettre l'accent, en contrepartie, sur les barrières sociales et la discrimination que les personnes handicapées affrontent. Le handicap a été redéfini comme étant un problème créé par la société et non pas comme un attribut propre à la personne et les solutions proposées se sont concentrées sur la nécessité d'éliminer les obstacles et de favoriser le changement social, et de ne pas se limiter au seul traitement médical.

Central dans ce changement de perception du handicap, le mouvement des personnes handicapées, qui est lancé vers la fin des années 1960 en Amérique du Nord et en Europe avant de s'étendre partout dans le monde . Le slogan célèbre « Rien pour nous sans nous » symbolise l'importance de l'influence exercée par ce mouvement. Les organisations de personnes handicapées concentrent d'ailleurs leurs efforts sur la réalisation de la pleine participation et l'égalité des chances pour, par et avec les personnes handicapées. Elles ont joué un rôle majeur dans l'élaboration de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (1) qui promeut un revirement vers un modèle du handicap basé sur les droits de l'homme.



L'autonomisation des personnes par le renforcement de la coopération

Le gouvernement de la République islamique d'Iran a piloté un programme de Réadaptation à base communautaire (RBC) dans deux régions en 1992. Ayant porté ses fruits, le programme a été étendu en 1994 pour couvrir six nouvelles régions dans six provinces. En 2006, la couverture nationale a englobé la totalité des 30 provinces du pays. L'Organisation de la sécurité sociale, sous l'égide du ministère de la protection sociale, est responsable de la gestion du programme de RBC dans tout le pays et plus de 6000 employés, dont des agents communautaires, des agents de RBC de niveau intermédiaire, des médecins, des experts de RBC et des directeurs de RBC, participent à la mise en œuvre des activités de RBC.

Le programme national de RBC a pour mission d'« assurer l'autonomisation des personnes handicapées, de leur famille et de leur communauté indépendamment de leur caste, de leur couleur, de leur croyance, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, du type ou de la cause de leur handicap, par la sensibilisation, en promouvant l'inclusion, en réduisant la pauvreté, en éliminant la stigmatisation, en assurant les besoins essentiels et en facilitant l'accès aux services de santé, d'éducation et aux opportunités d'assurer leurs moyens d'existence ».

Le programme est décentralisé au niveau communautaire avec la plupart des activités relatives à la RBC réalisées à partir de « centres-villes RBC ». Ces centres opèrent en étroite collaboration avec les établissements de soins de santé primaires qui incluent des « maisons de santé du village » dans les régions rurales et des « postes de santé » dans les régions urbaines. Les agents de santé qui travaillent dans ces établissements suivent une à deux semaines de formation, qui les initie à la stratégie et au programme national de RBC et leur permet d'identifier les personnes handicapées et de les référer au centre de RBC le plus proche.

Les activités-clé du programme de RBC sont:

- former les familles et les membres de la communauté aux questions du handicap et de la RBC en se basant sur le manuel de formation à la RBC de l'OMS ;
- assurer une assistance sur le plan éducatif et faciliter l'éducation inclusive par le renforcement des capacités du corps enseignant et des étudiants et par l'amélioration de l'accessibilité physique des établissements ;
- adresser les personnes handicapées aux services spécialisés, tels que les services de chirurgie et de réadaptation, qui disposent de kinésithérapeutes, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes ;
- fournir des aides techniques, tels que les cannes, les béquilles, les fauteuils roulants, les prothèses auditives, les lunettes ;
- créer des opportunités d'emploi en assurant un accès à la formation, un accompagnement au travail, un soutien financier pour les activités génératrices de revenus ;
- assurer un soutien pour les activités sociales, y compris les activités sportives et récréatives ;
- assurer une aide financière pour les frais de la vie quotidienne, l'éducation et les modifications apportées au logement.

Plus de 229 000 personnes handicapées ont profité du soutien du programme national de RBC depuis 1992. Actuellement, 51 % des régions rurales bénéficient de ce programme, l'objectif étant d'assurer la couverture de tous les villages ruraux vers 2011. Des comités de RBC ont été créés afin de renforcer la coopération entre tous les secteurs du développement et de s'assurer que la RBC continue de progresser en Iran.

Définitions actuelles

Il existe plusieurs définitions différentes du handicap selon les différentes perspectives mentionnées plus haut. Les définitions les plus récentes du handicap proviennent de:

- La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui considère que le handicap est un « terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité ou les restrictions de participation » (2) résultant de l'interaction entre la personne qui a un problème de santé, des facteurs contextuels (comme l'environnement physique, les attitudes) et des facteurs personnels (comme l'âge ou le sexe).
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées qui considère que le handicap est un concept évolutif et « résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (1).

Les expériences du handicap vécues par les personnes sont extrêmement variées. Il existe différents types de déficiences et les personnes en sont affectées de différentes manières. Certaines personnes ont une seule déficience alors que d'autres en présentent plusieurs; certaines naissent avec des déficiences, alors que d'autres peuvent en être touchées au cours de leur vie. Par exemple, un enfant touché par une atteinte congénitale telle que la paralysie cérébrale (IMC), un jeune soldat qui perd une jambe à cause d'une mine anti-personnel, une femme d'âge moyen qui développe un diabète et perd la vue, une personne plus âgée atteinte de démence peuvent tous être considérés comme des personnes avec un handicap. La Convention relative aux droits des personnes handicapées décrit les personnes avec un handicap comme « ...des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables... »(1).

Tendances générales

Sur le plan mondial, les causes de handicap les plus courantes sont: les maladies chroniques (comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires et le cancer); les traumatismes (dus aux accidents de la circulation, aux conflits, aux chutes et aux mines anti-personnel); les problèmes de santé mentale; les malformations congénitales; la malnutrition; le VIH/SIDA ainsi que d'autres maladies transmissibles (3). Il est très difficile d'estimer le nombre exact de personnes vivant avec un handicap dans le monde, cependant ce chiffre augmente à cause de nombreux facteurs comme la croissance démographique, l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement des populations et le progrès médical qui préserve et prolonge la vie (3). Plusieurs pays à faibles et moyens revenus font face à un double fardeau, c'est-à-dire qu'ils doivent faire face aussi bien aux problèmes traditionnels tels que la malnutrition et les maladies infectieuses, qu'aux nouveaux problèmes tels que les maladies chroniques.

Statistiques générales relatives aux personnes handicapées

- Environ 10 % de la population mondiale vit avec un handicap (4).
- Les personnes handicapées représentent la plus importante minorité dans le monde (5).
- On estime que 80 % des personnes handicapées vivent dans les pays en développement (5).
- On estime que 15 à 20 % des personnes les plus démunies dans le monde sont des personnes handicapées (6).
- Les personnes handicapées dans 62 pays ne disposent pas de services de réadaptation (7).
- Seules 5 à 15 % des personnes handicapées ont accès à des aides techniques dans le monde en développement (8).
- Les enfants handicapés ont beaucoup moins de chance que les autres enfants d'être scolarisés. Par exemple, au Malawi et dans la République de Tanzanie, la probabilité que les enfants n'aient jamais été scolarisés est double s'ils ont un handicap (9).
- Les personnes handicapées ont tendance à faire face à un taux plus élevé de chômage et à percevoir des revenus inférieurs par rapport aux personnes sans handicap (10).

Développement

Pauvreté et handicap

La pauvreté présente plusieurs aspects: il s'agit plus que simplement un manque d'argent ou de revenu. « La pauvreté sape ou réduit à néant les droits économiques et sociaux, comme le droit à la santé, le droit à une nourriture et à un logement suffisants, à l'eau potable, et le droit à l'éducation. Il en va de même pour les droits civils et politiques, comme le droit à un procès équitable, celui de participer à la vie politique et le droit à la sécurité de la personne... » (11)

« À chaque fois que nous arrachons un seul être à la misère, nous défendons les droits de l'homme. Mais quand nous ne nous acquittons pas de cette mission, nous violons les droits de l'homme. »

Kofi Annan, ancien Secrétaire Général des Nations Unies.

La pauvreté est à la fois la cause et la conséquence du handicap (12): les personnes indigentes sont plus exposées au risque d'avoir un handicap et les personnes handicapées ont plus de risque de devenir pauvres. Bien que toutes les personnes handicapées ne soient pas pauvres, dans les pays à faible revenu, les personnes handicapées sont surreprésentées parmi les pauvres. Elles sont souvent négligées, victimes de discrimination et exclues des initiatives principales de développement, et elles accèdent difficilement aux services de santé, d'éducation, de logement et aux possibilités d'assurer leurs moyens de subsistance. Ceci les expose, par conséquent, à une plus grande indigence ou à une pauvreté chronique, à l'isolement, voire à une mort prématurée. Les frais du traitement médical, de la rééducation fonctionnelle et des aides techniques contribuent aussi à prolonger le cycle de la pauvreté d'un grand nombre de personnes handicapées.

Aborder la question du handicap est déjà une mesure concrète pour réduire le risque de pauvreté dans n'importe quel pays. De la même manière, s'atteler au problème de la pauvreté réduit le handicap. Ainsi, il est nécessaire d'éradiquer la pauvreté afin d'assurer aux personnes handicapées une meilleure qualité de vie. Par conséquent, l'un des principaux objectifs de tout programme de Réadaptation à base communautaire (RBC) doit être de réduire la pauvreté en assurant l'accès des personnes handicapées aux services de santé, d'éducation et aux opportunités pour assurer leurs moyens de subsistance.

ENCADRÉ 3

Selam obtient un nouveau départ dans la vie

Depuis l'âge de 8 ans, Selam se plaint de maux de tête. Sa famille ne savait pas quoi faire et l'avait envoyée à maintes reprises à l'église pour recevoir de l'eau bénite. L'eau bénite n'avait aucun effet et peu à peu Selam a commencé à perdre la vue. Un jour, Selam est allée au centre de santé local qui disposait d'un département d'ophtalmologie. Ils trouvèrent son cas trop difficile, et ils l'ont adressée au principal hôpital de référence de la capitale. L'hôpital l'a mise sur la liste d'attente pour y subir une opération chirurgicale. Plus d'une année s'est écoulée, et le tour de Selam n'était toujours pas arrivé. Du fait de son indigence, sa famille n'avait pas les moyens de la faire opérer dans un hôpital privé. Quand son nom avait été inscrit sur la liste d'attente, Selam pouvait encore voir un peu, mais avec le temps, elle avait quasiment perdu la vue. Compte tenu de son handicap et de sa pauvreté, elle n'a pas pu poursuivre sa scolarité et, par conséquent, elle est devenue de plus en plus déprimée. Elle s'est isolée, restait chez elle et ne fréquentait plus ses amis. Elle devint un fardeau pour sa famille qui ne savait plus quoi faire avec elle. Ses maux de tête se sont aggravés, elle a commencé à vomir, à perdre l'équilibre, et était sur le point de mourir.

Le personnel de la RBC a réussi à obtenir un rendez-vous pour Selam chez un neurochirurgien qui a diagnostiqué une tumeur bénigne – un méningiome. Selam s'est faite opérer, et on a retiré la tumeur. Les autorités hospitalières et le fonds social créé par le médecin ont couvert 75 % des frais de la chirurgie et le programme de RBC a couvert les 25 % restants. La famille a participé, quant à elle, aux frais de voyage, de nourriture et de logement. À présent, Selam est guérie mais, compte tenu de sa pauvreté, du système en place et du retard pris pour l'opérer, elle est presque aveugle.

Cependant, grâce à la formation à la mobilité assurée par le personnel de RBC, elle est presque autonome et peut circuler librement au sein de la communauté. Elle est aussi en train d'apprendre le Braille afin de pouvoir réintégrer l'école.

Grâce à l'intervention de la RBC, la qualité de vie de Selam a considérablement changé, et elle n'est plus un fardeau pour sa famille. Tout ceci a été rendu possible grâce à la coopération de Selam et de sa famille, aux liens établis avec des centres de référence, au soutien des spécialistes et des autorités hospitalières.



Objectifs du Millénaire pour le développement

En septembre 2000, les États Membres des Nations Unies ont adopté les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui s'étendent de l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim jusqu'à assurer l'éducation primaire pour tous, à l'échéance fixée de 2015 (13). Ces objectifs de développement, approuvés au niveau international, représentent un ensemble de repères pour le développement, au début du nouveau siècle. Quoique les OMD ne mentionnent pas explicitement le handicap, chaque objectif a des liens fondamentaux avec le handicap, et ne peut être complètement atteint sans prendre en considération les questions liées au handicap (14). Compte tenu de cela, la soixante-quatrième Assemblée générale des Nations Unies a adopté, en novembre 2009, une résolution sur la *Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs aux personnes handicapées (A/RES/64/131)* (15).

ENCADRÉ 4

Inclusion des personnes handicapées, Banque Mondiale

« Tant que les personnes handicapées ne seront pas intégrées dans le processus principal de développement, il sera impossible de réduire la pauvreté de moitié d'ici à 2015 ou de donner à chaque garçon et chaque fille, l'opportunité d'achever un cycle complet d'études primaires à cette même échéance – [ce qui figure parmi les] objectifs que plus de 180 leaders ont entériné au sommet du Millénaire des Nations Unies en septembre 2000. »

James Wolfensohn, ancien Président de la Banque mondiale. *Washington Post*, 3 décembre 2002.

Développement inclusif des personnes en situation de handicap

Le développement inclusif est celui qui inclut et implique tout le monde, notamment ceux qui sont marginalisés et souvent discriminés (16). Les personnes handicapées et les membres de leur famille, notamment ceux qui vivent dans des communautés rurales ou éloignées, ou dans des bidonvilles, ne profitent souvent pas des initiatives de développement et, par conséquent, le développement inclusif des personnes en situation de handicap est essentiel pour garantir leur participation significative dans les processus et les politiques de développement (17).

Intégrer transversalement (ou inclure) les droits des personnes handicapées dans l'ordre du jour du développement est une manière de garantir l'égalité des personnes handicapées (18). Pour permettre aux personnes handicapées de participer à la création d'opportunités, de partager les avantages tirés du développement et de participer au processus décisionnel, il peut être nécessaire de recourir à une approche à 'double voie' (*twin-track*). En effet, une approche à 'double voie' garantit que 1) les questions liées au handicap sont activement prises en compte dans le processus principal du développement et que 2) des activités plus focalisées ou ciblées sur les personnes handicapées sont mises en oeuvre au besoin (12). Les activités suggérées pour les programmes de RBC, telles qu'elles sont exposées en détail dans ce guide, se basent sur cette approche.

Approches du développement à base communautaire

Les initiatives de développement ont souvent été de type 'du sommet vers la base', initiées par des décideurs loin de la communauté et conçues sans l'implication des membres de la communauté. Il est désormais admis que l'un des éléments essentiels du développement est l'engagement de la communauté en tant qu'individus, groupes ou organisations, ou par sa représentation, à toutes les étapes du processus de développement, y compris lors de la planification, de la mise en œuvre et du suivi (19). Une approche à base communautaire aide à garantir l'accès des personnes indigentes et marginalisées au développement et encourage les initiatives plus inclusives, plus réalistes et plus durables. De nombreuses agences et organisations promeuvent les approches communautaires du développement. À titre d'exemple, la Banque mondiale promeut le Développement mené par la communauté (CDD) (20) et l'Organisation mondiale de la santé encourage les Initiatives à base communautaire (21).



Droits de l'homme

Qu'est-ce que les droits de l'homme ?

Les droits de l'homme sont des normes qui font l'objet d'un consensus international et s'appliquent à tous les êtres humains (22) ; tout le monde peut se prévaloir de manière égale des droits de l'homme – tels que le droit à l'éducation et le droit à une alimentation et à un logement adéquats et à la sécurité sociale – indépendamment de sa nationalité, de son lieu de résidence, de son sexe, de ses origines nationales ou ethniques, de sa couleur, de sa religion, ou de tout autre statut (23). Ces droits sont énoncés dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, adoptée par tous les États Membres des Nations Unies en 1948 (24), ainsi que dans d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme qui concernent des groupes et des catégories spécifiques de populations telles que les personnes handicapées (22).

Convention relative aux droits des personnes handicapées

Le 13 décembre 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Convention relative aux droits des personnes handicapées (1). Ladite convention est le résultat de plusieurs années de lutte en faveur des droits des personnes handicapées ; elle est constituée à la base des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées (1993) (25) et du Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées (1982) (26) et vient compléter les conventions-cadres relatives aux droits de l'homme existant. La Convention a été élaborée par un comité formé de représentants des gouvernements, d'institutions nationales de droits de l'homme, d'organisations non gouvernementales et d'organisations de personnes handicapées. Son

but est de « promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque »(1 [Article 1]).

ENCADRÉ 5

Une nouvelle ère pour les Droits des personnes handicapées

« La Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées représente l'aube d'une nouvelle ère pour environ 650 millions de personnes handicapées dans le monde. »

Kofi Annan, ancien Secrétaire Général des Nations Unies.

La Convention couvre un certain nombre de domaines essentiels tels que l'accessibilité, la mobilité personnelle, l'éducation, la santé, la réadaptation et l'emploi et décrit les mesures à prendre par les États Membres pour s'assurer que les droits des personnes handicapées sont garantis. La Convention n'a pas créé de nouveaux droits pour les personnes handicapées – qui jouissent des mêmes droits que tout autre membre de la communauté – mais elle rend les droits existants inclusifs et accessibles aux personnes handicapées.

Approche du développement fondée sur les droits de l'homme

Les droits de l'homme et le développement sont intimement liés : les droits de l'homme font partie intégrante du développement, et le développement, est une manière de réaliser ces droits (27). Par conséquent, plusieurs institutions et organisations ont communément recours à une approche fondée sur les droits de l'homme dans leurs programmes de développement. Quoiqu'il n'y ait pas de recette universelle pour l'approche du développement fondée sur les droits de l'homme, les Nations Unies ont identifié certaines caractéristiques importantes (28), pour une telle approche. Elle :



- **garantit les droits de l'homme** – L'objectif principal des programmes et politiques de développement devrait être de s'acquitter des droits de l'homme ;
- **respecte certains principes et certaines normes** – Les principes et les normes des traités internationaux des droits de l'homme devraient orienter toute coopération au développement et chaque élaboration de programmes, dans tous les secteurs (comme la santé et l'éducation par exemple) et ce, dans l'ensemble des phases de la programmation (comme dans l'analyse de la situation, la planification et la conception, la mise en œuvre et le suivi, ou encore dans l'évaluation) (voir l'encadré relatif aux principes généraux contenus dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées) ;

- **s'adresse aux titulaires de droits et aux garants** des droits – Les titulaires de droits sont des personnes qui ont des droits, comme par exemple les enfants sont sujets de droits puisqu'ils ont droit à l'éducation ; les garants des droits sont des personnes ou des organisations qui sont responsables de veiller à ce que les titulaires de droits puissent jouir de leurs droits, comme, par exemple le ministère de l'Éducation est un garant de droits car il doit veiller à ce que les enfants aient accès à l'éducation. Les parents sont aussi des garants de droits car ils doivent assurer le soutien nécessaire à leurs enfants pour qu'ils soient scolarisés.

Réadaptation à base communautaire (RBC)

Les prémices

La déclaration d'Alma-Ata en 1978 (29) a été la première déclaration d'envergure internationale qui préconisa les soins de santé primaires (SSP) comme stratégie principale pour réaliser l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'assurer « la santé pour tous » (30). Les soins de santé primaires visent à ce que chaque personne, qu'elle soit riche ou pauvre, puisse accéder aux services et aux conditions nécessaires pour jouir du niveau de santé le plus élevé possible.

Suite à la déclaration d'Alma-Ata, l'OMS a introduit la RBC. Au début, la RBC était essentiellement une méthode de prestation de services qui utilisait de manière optimale les soins de santé primaires et les ressources de la communauté et visait à **rapprocher** les soins de santé primaires et les services de réadaptation des personnes handicapées, notamment dans les pays à faible revenu. Les ministères de la Santé de plusieurs pays (ex. la République islamique d'Iran, la Mongolie, l'Afrique du Sud, le Vietnam) ont lancé les programmes de RBC en ayant recours à leur personnel de soins de santé primaires. Les premiers programmes étaient essentiellement axés sur la kinésithérapie, les aides techniques, et les interventions médicales ou chirurgicales. Certains programmes ont aussi inclus des activités éducatives et des opportunités pour assurer les moyens de subsistance, et ce par de la formation professionnelle ou des programmes générateurs de revenus.

En 1989, l'OMS a publié le manuel *Aider les personnes handicapées là où elles vivent* (31) pour orienter et soutenir les programmes et les acteurs de la RBC, y compris les personnes handicapées, les membres de leur famille, les enseignants, les superviseurs et les membres des comités de réadaptation communautaire locaux. Ce manuel a été traduit dans plus de 50 langues et demeure un document important sur la RBC, utilisé dans plusieurs pays à faible revenu. De plus, le guide intitulé *Enfants handicapés au village : Un guide pour les agents de santé communautaire, les agents de réadaptation et les familles* a considérablement favorisé le développement des programmes de RBC, notamment dans les pays à faible revenu (32).

Pendant les années 1990, avec l'augmentation du nombre de programmes de RBC, la manière de concevoir la RBC a connu des changements. D'autres agences des Nations Unies, comme l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance

(UNICEF) s'y sont impliqués, admettant la nécessité d'adopter une approche multisectorielle. En 1994, le premier Document d'orientation conjoint relatif à la RBC a été publié par l'OIT, l'UNESCO et l'OMS.

Bilan de Vingt-cinq ans de RBC

En mai 2003, l'OMS en collaboration avec d'autres organisations des Nations Unies, gouvernements et organisations non gouvernementales internationales, y compris des organisations professionnelles et des organisations de personnes handicapées, ont organisé une concertation internationale, à Helsinki en Finlande, afin de passer en revue la RBC (33). Le rapport qui en a résulté a souligné la nécessité de focaliser les programmes de la RBC sur :

- la réduction de la pauvreté étant donné que la pauvreté est un déterminant et une conséquence essentiels du handicap
- la promotion de l'implication et du sentiment d'appropriation de la communauté
- le développement et le renforcement de la collaboration multisectorielle
- l'implication des organisations de personnes handicapées dans leurs programmes
- l'expansion et l'intensification de leurs programmes
- la promotion d'une pratique basée sur les preuves.

Document d'orientation conjoint sur la RBC

En 2004, l'OIT, l'UNESCO et l'OMS ont mis à jour le premier *Document d'orientation conjoint sur la RBC* pour qu'il soit fidèle à l'esprit des recommandations de Helsinki. Le document actualisé reflétait l'évolution de l'approche de la RBC d'une prestation de services au développement communautaire. Il redéfinit la RBC comme étant « une stratégie faisant partie du développement communautaire général qui vise à la réadaptation, à l'égalité des chances et à l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées » et qui promeut la mise en œuvre des programmes de RBC « ...grâce aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leur famille, des organisations les représentant, de leurs communautés, et des services gouvernementaux et non gouvernementaux de santé, d'éducation, de formation professionnelle, sociaux et autres services compétents » (34).

Le Document d'orientation conjoint reconnaît que les personnes handicapées doivent pouvoir accéder à tous les services disponibles aux autres membres de la communauté, tels que les services de santé communautaire, et de santé de l'enfant, la sécurité sociale et les programmes d'éducation. Il met aussi l'accent sur les droits de l'homme et lance un appel pour une action contre la pauvreté, le soutien du gouvernement et le développement de politiques nationales.

La RBC aujourd'hui

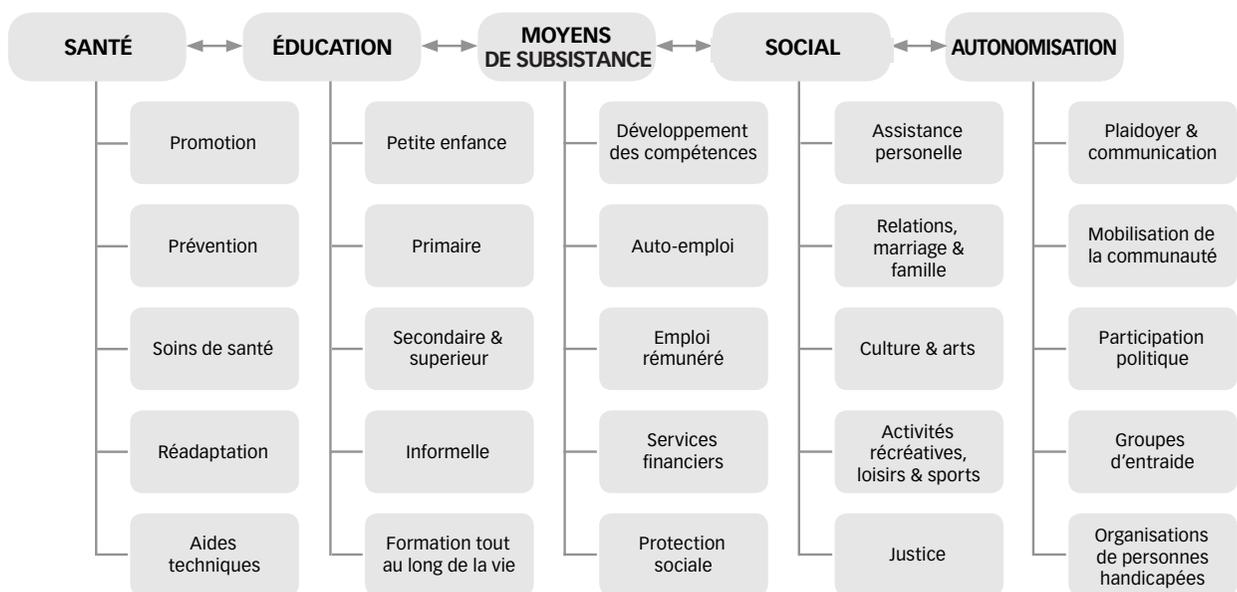
Matrice de la RBC

A la lumière de l'évolution de la RBC en une stratégie de développement multisectorielle de plus grande envergure, une matrice a été élaborée en 2004 pour assurer un cadre commun aux programmes de RBC (fig. 1). La matrice consiste en cinq **composantes-clé**,

à savoir les composantes 'santé', 'éducation', 'moyens de subsistance', 'social' et 'autonomisation' ('empowerment'). Il existe à l'intérieur de chacune de ces composantes cinq **éléments**. Les quatre premières composantes se rapportent à des secteurs –clé du développement, ce qui reflète l'accent mis sur le principe multisectoriel de la RBC. La dernière composante se rapporte à l'autonomisation des personnes handicapées, de leur famille et de leur communauté, ce qui est essentiel pour assurer l'accès des personnes handicapées à chaque secteur de développement, pour l'amélioration de leur qualité de vie et pour leur jouissance des droits de l'homme.

Il ne faut pas attendre des programmes de RBC qu'ils mettent en œuvre chaque composante et élément de la matrice de la RBC. Par contre, la matrice a été conçue pour permettre aux programmes de choisir les options qui répondent le mieux aux besoins, priorités et ressources locales. En plus de mettre en œuvre des activités spécifiques pour les personnes handicapées, les programmes de RBC devront établir des partenariats et des alliances avec d'autres secteurs qui ne sont pas couverts par les programmes de RBC afin de garantir que les personnes handicapées et les membres de leur famille aient accès aux prestations de ces secteurs. Le chapitre sur la Gestion fournit des informations supplémentaires sur la matrice de la RBC.

Fig. 1 : Matrice de la RBC



Principes de la RBC

Les principes de la RBC se basent sur les principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (1), exposés ci-dessous. De plus, deux principes supplémentaires ont été proposés, à savoir l'autonomisation ('Empowerment') qui inclut les activités de plaidoyer (voir Module 'autonomisation') et la perennité (voir Chapitre sur la Gestion). Ces principes doivent servir de guide à tous les aspects de l'action menée dans le cadre de la RBC.

Convention relative aux droits des personnes handicapées, Article 3 : Principes généraux (1)

Les principes de la présente Convention sont :

- a. Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et l'indépendance des personnes
- b. La non-discrimination
- c. La participation et l'intégration pleines et effectives à la société
- d. Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité
- e. L'égalité des chances
- f. L'accessibilité
- g. L'égalité entre les hommes et les femmes
- h. Le respect des capacités de développement de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

Aller de l'avant

Le Guide de la RBC permet aux programmes de RBC de progresser pour prouver que la RBC est une stratégie pratique pour la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (1) et pour soutenir le développement inclusif à base communautaire.

La RBC est une stratégie multisectorielle et ascendante (de la base vers le sommet) qui peut garantir que la Convention fasse une différence au niveau communautaire. Tandis que la Convention fournit une base philosophique et politique, la RBC, quant à elle, est une stratégie pratique à mettre en œuvre. Les activités de la RBC sont conçues pour répondre aux besoins essentiels des personnes handicapées, pour réduire la pauvreté et favoriser l'accès à la santé, à l'éducation, aux moyens de subsistance et aux opportunités sur le plan social – toutes ces activités réalisant les objectifs de la Convention.

Les programmes de RBC établissent un lien entre les personnes handicapées et les initiatives de développement. *Le Guide de la RBC* cible les secteurs-clés du développement qui doivent être inclusifs pour permettre aux personnes handicapées et aux membres de leur famille de devenir autonomes, contribuant ainsi à l'édification d'une société inclusive ou « société pour tous ». Étant donné que l'implication de la communauté est un élément essentiel du développement, le Guide met fermement l'accent sur la nécessité d'orienter les programmes de RBC vers la participation de la communauté, c'est-à-dire des personnes handicapées, de leur famille, des organisations de la société civile, et des gouvernements, dans tous les aspects de leur action.

Les programmes de RBC font la différence

- La RBC peut aider à garantir que les bénéficiaires de la Convention atteignent les personnes handicapées au niveau local:
- **en permettant aux personnes handicapées de se familiariser avec la Convention** – en assurant une promotion active de la Convention et en les aidant à en comprendre le sens ;
- **en collaborant avec les acteurs**- en œuvrant au niveau local avec les organisations non gouvernementales, y compris les organisations de personnes handicapées, les organisations de droits de l'homme ainsi que les autres organisations de développement et les gouvernements locaux, afin de mettre en œuvre la Convention ;
- **en faisant du plaidoyer** – en s'engageant dans des activités de plaidoyer qui visent à développer ou à renforcer les lois anti-discrimination et les politiques d'inclusion aux niveaux national et local dans les secteurs tels que la santé, l'éducation et l'emploi ;
- **en assurant la coordination aux niveaux local et national** – en encourageant et en soutenant le dialogue entre les niveaux local et national, en renforçant les collectivités locales ou les organisations de personnes handicapées afin qu'ils puissent jouer un rôle significatif aux niveaux local et national ;
- **en aidant à l'élaboration et au suivi des plans d'action locaux** – en contribuant à l'établissement de plans d'action locaux qui prévoient des actions concrètes et assurent les ressources nécessaires afin d'intégrer les questions relatives au handicap dans les politiques publiques locales et obtenir une collaboration intersectorielle ;
- **en programmant des activités** – en mettant en œuvre des activités qui contribuent à rendre les services sanitaires, éducatifs, sociaux et des moyens de subsistance accessibles à toutes les personnes handicapées, y compris celles qui sont pauvres et qui vivent dans les régions rurales.

Recherche et preuves

Comme le montre ce guide, la RBC est une stratégie multisectorielle qui vise l'inclusion des personnes handicapées et de leur famille dans les initiatives de développement. Ceci constitue un défi pour les chercheurs, et par conséquent, il existe peu de preuves disponibles sur l'efficacité et l'efficience de la RBC. Cependant, un certain nombre de preuves se sont accumulées au fil du temps, à partir de recherches formelles, d'expériences diverses dans les champs du handicap et de la RBC, d'évaluations des programmes de RBC et de l'utilisation des meilleures pratiques tirées d'approches similaires adoptées dans le domaine du développement international.

Les recherches relatives à la RBC dans les pays à faible revenu ont connu une augmentation considérable au cours des dernières années (35) tant qualitativement que quantitativement. En se basant sur les études de la recherche en matière de RBC qui ont été publiées, ainsi que d'autres articles, plutôt que sur des études individuelles, il est possible de relever ce qui suit :

- Les programmes de type RBC ont été considérées comme efficaces (36,37) voire extrêmement efficaces (38). Les résultats obtenus révèlent une indépendance accrue, une mobilité renforcée et de meilleures compétences de communication chez les personnes handicapées (39). Il existe aussi des indications anecdotiques concernant la 'rentabilité' de la RBC (36,37,38) sur le plan économique.

- Des analyses systématiques de recherches entreprises sur les approches à base communautaire pour la réadaptation de personnes ayant subi un traumatisme crânien dans les pays à revenu élevé, montrent que de telles approches sont au moins aussi efficaces, voire plus efficaces, que les approches traditionnelles et parviennent à de meilleurs résultats sur le plan psychosocial et sont bien mieux acceptées par les personnes handicapées et leur famille. (40,41,42,43).
- Les interventions pour améliorer les moyens de subsistance associées à la RBC ont abouti à une augmentation des revenus des personnes handicapées et de leur famille (39) et elles sont liées à l'amélioration de l'estime de soi et à une meilleure inclusion sur le plan social (44).
- Dans les contextes éducatifs, on a découvert que la RBC favorisait l'adaptation et l'intégration des enfants et des adultes handicapés (38,39,36).
- On s'est aperçu que l'approche de la RBC facilitait de manière constructive la formation d'agents communautaires dans le domaine de la prestation de services (38).
- Comme l'a révélé une recherche similaire menée dans les pays à revenu élevé, les activités de RBC ont des résultats positifs sur le plan social pour influencer les attitudes de la communauté et renforcer positivement l'inclusion sociale et l'adaptation des personnes handicapées (38,39,36).



Références bibliographiques

1. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm, accessed 18 June 2010).
2. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organization, 2001 (www.who.int/classifications/icf/en/, accessed 18 June 2010).
3. *Disability and rehabilitation: WHO action plan 2006–2011*. Geneva, World Health Organization, 2006 (www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf, accessed 18 June 2010).
4. *Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization, 1981 (www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html, accessed 18 June 2010).
5. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: some facts about disability*. New York, United Nations, 2006 (www.un.org/disabilities/convention/facts.shtml, accessed 18 June 2010).
6. Elwan A. *Poverty and disability: a survey of the literature*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172608138489/PovertyDisabElwan.pdf>, accessed 18 June 2010), accessed 18 June 2010).
7. *Global survey on government action on the implementation of the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. UN Special Rapporteur on Disability, 2006 (www.escwa.un.org/divisions/sdd/news/GlobalSurvey_Report_Jan30_07_ReadOnly.pdf).
8. *Assistive devices/technologies: what WHO is doing*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/disabilities/technology/activities/en/, accessed 18 June 2010).
9. *EFA global monitoring report: reaching the marginalized*. Paris, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>, accessed 18 June 2010).
10. *Facts on disability in the world of work*. Geneva, International Labour Organization, 2007 (www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/download/facts.pdf, accessed 18 June 2010).
11. *Human rights dimension of poverty*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www2.ohchr.org/english/issues/poverty/index.htm, accessed 18 June 2010).
12. *Disability, poverty and development*. UK, Department for International Development, 2000 (www.make-development-inclusive.org/docsen/DFIDdisabilityPovertyDev.pdf, accessed 18 June 2010).
13. *Millennium development goals*. New York, United Nations, 2000 (www.un.org/millenniumgoals, accessed 18 June 2010).
14. *Disability and the MDGs*. Brussels, International Disability and Development Consortium, 2009 (www.includeeverybody.org/disability.php, accessed 18 June 2010).
15. *Realizing the millennium development goals for persons with disabilities* (UN General Assembly Resolution A/RES/64/131). New York, United Nations, 2009 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=36).
16. *Inclusive development*. New York, United Nations Development Programme (undated) (www.undp.org/poverty/focus_inclusive_development.shtml, accessed 18 June 2010).
17. *Inclusive development and the comprehensive and integral international convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities* (International disability and development consortium reflection paper: Contribution for the 5th Session of the Ad Hoc Committee, January 2005). International Disability and Development Consortium, 2005. (<http://hpod.pmhclients.com/pdf/lord-inclusive-development.pdf>, accessed 18 June 2010).
18. *Mainstreaming disability in the development agenda*. New York, United Nations, 2008 (www.un.org/disabilities/default.asp?id=708, accessed 18 June 2010).
19. *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Handicap International, Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association, and the Swedish Disability Federation, 2008 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 18 June 2010).

20. *Community driven development: overview*. Washington, DC, The World Bank (undated) (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTCDD/0,,contentMDK:20250804~menuPK:535770~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430161,00.html>, accessed 18 June 2010).
21. *Community-based initiative (CBI)*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (<http://www.emro.who.int/cbi/>, accessed 18 June 2010).
22. *Community-based initiative (CBI)*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 (<http://www.emro.who.int/cbi/>, accessed 18 June 2010).
23. *Your human rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights (undated) (www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx, accessed 18 June 2010).
24. *Declaration of Human Rights*. United Nations, 1948 (www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml, accessed 18 June 2010).
25. *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 1993 (www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm, accessed 18 June 2010).
26. *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. New York, United Nations, 1982 (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23>, accessed 18 June 2010).
27. *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York, United Nations Development Programme, 2000 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/>, accessed 18 June 2010).
28. *Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2006 (www.un.org/depts/dhl/humanrights/toc/toc9.pdf, accessed 18 June 2010).
29. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 18 June 2010).
30. *Primary health care*. Geneva, World Health Organization (undated) (www.who.int/topics/primary_health_care/en/, accessed 18 June 2010).
31. Helander et al. *Training in the community for people with disabilities*. Geneva, World Health Organization, 1989 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html, accessed 18 June 2010).
32. Werner D. *Disabled village children*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 2009 (www.hesperian.org/publications_download_DVC.php, accessed 30 May 2010). Give the French translation references (see *Handicap international Documentary resources, Lyon*)
33. *International consultation to review community-based rehabilitation* (Report of a meeting held in Helsinki, Finland, 2003). Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_DAR_03.2.pdf, accessed 18 June 2010).
34. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint Position Paper 2004). Geneva, International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 18 June 2010).
35. Finkenflugel H, Wolfers I, Huijsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2005, 28:187–201.
36. Mitchell R. The research base of community based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1999, 21(10–11):459–468.
37. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1231–1241.
38. Mannan H, Turnbull A. A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2007, 18(1):29–45.

39. Velema JP, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in-the-community programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79:65–82.
40. Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2001, 33(6):244–248.
41. Chard SE. Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRx*, 2006, 3(4):525–534.
42. Evans L, Brewis C. The efficacy of community-based rehabilitation programmes for adults with TBI. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2008, 15(10):446–458.
43. Doig E et al (under review). Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review. *Neurorehabilitation and Neural Repair*.
44. De Klerk T. Funding for self-employment of people with disabilities. Grants, loans, revolving funds or linkage with microfinance programmes. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):92–109.

Autres ressources

A handbook on mainstreaming disability. London, Voluntary Service Overseas, 2006 (www.asksource.info/pdf/33903_vsomstreamingdisability_2006.pdf, accessed 18 June 2010).

ABC: teaching human rights (Practical activities for primary and secondary schools). Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 2003. (<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/TrainingEducation.aspx>, accessed 18 June 2010).

Biwako Millennium Framework for Action towards an Inclusive, Barrier-free and Rights-based Society for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific. Bangkok, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003 (<http://www.unescap.org/esid/psis/disability/>, accessed 18 June 2010).

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A teaching kit and complementary resources). Lyon, Handicap International, 2007 (www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html, accessed 18 June 2010).

Disability, including prevention, management and rehabilitation (World Health Assembly Resolution 58.23). Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf, accessed 18 June 2010).

Disability Knowledge and Research (KaR) website. (www.disabilitykar.net/index.html, accessed 18 June 2010).

Griffo G, Ortali F. *Training manual on the human rights of persons with disabilities*. Bologna, AIFO, 2007 (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/manual_human_rights-disability-eng07.pdf, accessed 18 June 2010).

Hartley S (Ed). *CBR as part of community development – a poverty reduction strategy*. University College London, 2006.

Helander E. *Prejudice and dignity: An introduction to community-based rehabilitation*. United Nations Development Programme, 2nd edition, 1999 (www.einarhelander.com/PD-overview.pdf, accessed 18 June 2010).

Italian Association Amici di Raoul Follereau (AIFO) website. (www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/cbr.htm, accessed 18 June 2010).

Making PRSP inclusive website. (www.making-prsp-inclusive.org/fr/accueil.html, accessed 18 June 2010).

Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP). Washington, DC, International Monetary Fund, 2010 (www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm, accessed 18 June 2010).

The build-for-all reference manual. Luxembourg, Build-for All, 2006 (www.build-for-all.net/en/documents/, accessed 18 June 2010).

Gestion

Introduction

La matrice de la réadaptation à base communautaire (RBC), décrite dans l'introduction, comporte cinq modules (santé, éducation, moyens de subsistance, social et autonomisation) ainsi que les éléments qui leur sont associés. Elle fournit un cadre de base qui peut être utilisé pour élaborer de nouveaux programmes de RBC. Même s'il existe maintenant une matrice commune, il n'en demeure pas moins que chaque programme de RBC se distinguera par des différences spécifiques car il est influencé par une grande variété de facteurs, comme les facteurs physiques, socio-économiques, culturels et politiques par exemple. Ce chapitre servira de guide aux directeurs de programme et vise à fournir une compréhension de base de la façon de sélectionner les composantes et les éléments pour un programme de RBC, de façon qu'ils soient pertinents et adaptés aux besoins, aux priorités et aux ressources du contexte local.

Même si les programmes de RBC sont différents, il existe une succession d'étapes universelle qui permet d'orienter leur développement. Ces étapes sont communément appelées le 'cycle de gestion' et comprennent : *L'analyse de la situation* (Phase 1), *la planification et la conception* (Phase 2), *la mise en oeuvre et le suivi* (Phase 3) et *l'évaluation* (Phase 4). Ce chapitre décrit le cycle de gestion de manière plus détaillée pour aider les directeurs de programmes à comprendre les aspects importants de chaque phase et à élaborer des programmes efficaces, qui incluent tous les acteurs clés pour, en définitive, répondre aux besoins des personnes handicapées et des membres de leur famille.

Veillez noter que ce chapitre ne présente pas une approche immuable que chaque programme de RBC doit nécessairement suivre. Étant donné que les programmes sont souvent élaborés à travers des partenariats avec d'autres intervenants, comme les gouvernements et les organismes de financement par exemple, ces intervenants peuvent imposer leurs propres directives quant à la façon d'organiser ces programmes. En outre, même si ce chapitre met surtout l'accent sur l'élaboration de nouveaux programmes de RBC, il peut aussi être utile pour renforcer les programmes existants.



Se mobiliser pour une société inclusive

Mobility India est une organisation non gouvernementale basée à Bangalore en Inde. Elle promeut la RBC depuis 1999, et a pour but de parvenir à une société inclusive dans laquelle les personnes handicapées jouissent de droits égaux et d'une bonne qualité de vie. Mobility India gère des programmes de RBC dans trois sites différents : 1) les bidonvilles de Bangalore ; 2) une région périurbaine (Anekal Taluk) à environ 35 km de Bangalore ; et 3) une région rurale (District de Chamrajnagar) à environ 210 km de Bangalore.

Malgré que les programmes dans chacune de ces régions mènent de nombreuses activités communes, comme faciliter la création des groupes d'entraide, faciliter l'accès aux services de santé et d'éducation, aux moyens de subsistance, et à la mobilisation de la communauté, ils se distinguent néanmoins par des spécificités propres compte tenu des différents contextes dans lesquels ils opèrent.

Grâce à l'évaluation, Mobility India a appris beaucoup de précieuses leçons de gestion au fil des années. Il s'agit notamment de l'importance de :

- impliquer les parties prenantes à tous les niveaux du cycle de gestion ;
- réaliser une analyse spécifique de la situation avant de lancer un programme de RBC ;
- investir de manière substantielle dans la planification initiale, en garantissant l'élaboration d'indicateurs clairs ;
- développer des partenariats avec les parties prenantes et veiller à ce que les rôles et les responsabilités soient clairement identifiés- les partenariats avec les autorités locales sont essentiels ;
- initier des activités qui profitent à toute la communauté et non pas à quelques personnes handicapées exclusivement ;
- recruter du personnel de RBC dans les communautés locales et accorder la priorité aux personnes handicapées, notamment les femmes ;
- veiller à ce que le renforcement des capacités soit un processus continu et inclue tout le monde, par exemple les personnes handicapées, leur famille, les membres de la communauté, les prestataires de services et les dirigeants locaux ou les décideurs ;
- partager les succès et les échecs avec les autres.



Concepts clés

Quelle est la différence entre un projet de RBC et un programme de RBC ?

Les projets de RBC et les programmes de RBC sont mis en oeuvre dans le monde entier et néanmoins beaucoup de gens ne savent pas différencier les deux. Les projets de RBC sont habituellement de petite taille et peuvent cibler des résultats très spécifiques d'une seule composante de la matrice de RBC, comme la santé par exemple. Ils sont à court terme, avec un point de départ et un point d'arrivée déterminés. Quand la RBC ne dispose que d'un soutien limité du gouvernement, les projets sont souvent lancés par des groupes de la communauté locale ou par des organisations non gouvernementales, comme en Argentine, au Bhoutan, en Colombie, au Sri Lanka et en Ouganda. S'ils sont un succès, il est possible de les étendre à un niveau de programme, comme par exemple les projets pilotes qui sont devenus des programmes nationaux en Chine, en Égypte, en République islamique d'Iran. Les programmes de RBC représentent un groupe de projets reliés entre eux qui sont gérés de manière coordonnée. Ils sont habituellement à long terme, n'ont pas d'échéance à une date fixe et sont de plus grande envergure et plus complexes qu'un projet. Bien que les projets et les programmes aient des caractéristiques différentes, le terme « programme » sera utilisé dans ce chapitre pour désigner les deux. Le cycle de gestion qui est discuté dans ce chapitre ainsi que les résultats, les concepts clés et les actions suggérées décrits dans les autres modules du *Guide de la RBC* s'appliquent aisément aux deux.

Lancement du programme

La RBC est habituellement initiée en réponse à une sollicitation provenant de l'extérieur de la communauté, par exemple un ministère ou une organisation non gouvernementale (1). Que l'intérêt provienne de l'intérieur ou de l'extérieur de la communauté, il est important de veiller à ce que les ressources soient disponibles et à ce que la communauté soit disposée à élaborer et à mettre en oeuvre le programme (voir le paragraphe 'gestion participative' ci-dessous). Il n'est ni prévu ni possible pour le ministère, le département, les autorités ou les organisations locales qui prennent l'initiative de lancer le programme de RBC qu'ils mettent en oeuvre toutes les composantes de la matrice de RBC. Il est indispensable qu'ils développent des partenariats avec les différentes parties prenantes responsables de chaque composante de la matrice pour mettre en oeuvre un programme complet. Chaque secteur doit être encouragé à assumer la responsabilité de veiller à ce que ses programmes et ses services soient inclusifs et satisfassent les besoins des personnes handicapées, de leur famille et de leur communauté. Par exemple, on suggère que le ministère de la Santé et/ou les organisations non gouvernementales qui exercent leurs activités dans le secteur de la santé soient chargés de la composante santé, que le ministère de l'Éducation et/ou les organisations non gouvernementales qui exercent leurs activités dans le secteur de l'éducation soient chargés de la composante éducation, et ainsi de suite.

Couverture géographique

Les programmes de RBC peuvent être locaux, régionaux ou nationaux. La portée géographique dépendra de l'entité responsable de la mise en œuvre du programme, des domaines d'intervention et des ressources disponibles. Il est important de se rappeler que le soutien à assurer aux personnes handicapées et à leur famille doit être aussi proche que possible de leur propre communauté, même dans les régions rurales. En effet, les ressources sont limitées dans la plupart des pays à faible revenu et sont concentrées dans la capitale et les grandes villes. Le défi pour les planificateurs de RBC est de trouver la solution la plus appropriée afin d'assurer des services de qualité optimale, aussi proches que possible du lieu de résidence des personnes concernées, tout en prenant en considération les besoins réels et les ressources existantes localement (voir Etape 1 : Analyse de la situation).

Structure administrative de la RBC

Chaque programme de RBC déterminera son propre mode de gestion et, par conséquent, il est impossible de proposer ici une structure de gestion unifiée et unique pour la RBC. Cependant, quelques exemples de formes de gestion basées sur des programmes existants dans le monde figurent à la fin de ce chapitre (voir Annexe).

Dans diverses situations, des comités peuvent être instaurés pour aider à la gestion des programmes de RBC et y sont encouragés. Les comités de RBC sont habituellement composés de personnes handicapées, des membres de leur famille, de membres de la communauté intéressés et de représentants des instances gouvernementales. Ils servent à :

- déterminer la mission et la vision du programme de RBC ;
- identifier les besoins et les ressources locales disponibles ;
- définir les rôles et les responsabilités du personnel de RBC et des parties prenantes ;
- élaborer un plan d'action ;
- mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du programme ;
- assurer soutien et conseils aux directeurs des programmes de RBC.



Gestion participative

La participation est l'un des principaux fils conducteurs de tous les programmes de RBC. Dans la plupart des situations, les directeurs de programmes de RBC sont chargés de prendre les décisions finales. Cependant, il est essentiel que toutes les principales parties prenantes, notamment les personnes handicapées et les membres de leur famille, participent activement à toutes les phases du cycle de gestion. Les intervenants peuvent apporter une précieuse contribution en partageant leurs expériences, observations et recommandations. Leur participation tout au long du cycle de gestion contribuera à veiller à ce que les programmes répondent aux besoins de la communauté et à ce que la communauté aide à son tour à assurer la pérennité du programme à long terme (voir étape 1 : Analyse des parties prenantes).

Assurer la pérennité des programmes de RBC

Même si les bonnes intentions aident à assurer le lancement des programmes de RBC, elles ne peuvent pas à elles seules en assurer le fonctionnement et la pérennité. En somme, l'expérience acquise montre que les programmes gérés par les gouvernements ou les programmes soutenus par les gouvernements assurent plus de ressources, ont une plus grande portée et sont plus viables que les programmes initiés par la société civile. Cependant, les programmes gérés par la société civile font que la RBC est plus adaptée aux besoins, fonctionne mieux dans les situations difficiles, assure une meilleure participation de la communauté et un sentiment d'appropriation plus fort. La RBC a le mieux réussi quand elle a bénéficié du soutien des autorités gouvernementales et quand elle a été sensible aux facteurs locaux, tels que la culture, les finances, les ressources humaines et le soutien des intervenants, dont les autorités locales et les organisations de personnes handicapées.

Les programmes de RBC devraient prendre en considération certains éléments essentiels pour la pérennité, qui sont énumérés ci-après.

- **Un leadership efficace** – il serait très difficile de pérenniser les programmes de RBC, sans un leadership et une gestion efficaces. Les directeurs de programmes de RBC sont responsables de motiver, inspirer, diriger et soutenir les intervenants pour atteindre les objectifs du programme et les résultats escomptés. Par conséquent il est important de choisir des dirigeants forts, engagés, qui sont d'excellents communicateurs et sont respectés par les parties prenantes et l'ensemble de la communauté.
- **Partenariats** – Si les programmes de RBC fonctionnent séparément, ils risquent d'entrer en concurrence avec d'autres programmes en cours dans la communauté, dupliquant les services et gaspillant des ressources précieuses. Les partenariats favorisent un meilleur usage des ressources existantes et pérennise les programmes de RBC en offrant des possibilités d'intégration, un plus large éventail de connaissances et de compétences, de ressources financières, et une voix supplémentaire qui influence les législations et la politique gouvernementale concernant les droits des personnes handicapées. Dans plusieurs situations, des dispositifs formels, tels que des contrats de services, des protocoles d'accord et des conventions, peuvent aider à garantir et à pérenniser l'engagement des partenaires.
- **Appropriation de la communauté** – Les programmes de RBC réussis se distinguent par le fort sentiment d'appropriation de la communauté. Ceci est réalisable grâce à la participation des acteurs essentiels à toutes les étapes du cycle de gestion. (Voir Module autonomisation : Mobilisation de la communauté.)
- **Utilisation des ressources locales** – réduire la dépendance en ressources humaines, financières et matérielles provenant de sources externes permet d'assurer une plus grande pérennité. Les communautés doivent être encouragées à utiliser leurs propres ressources pour faire face aux problèmes qu'elles rencontrent. L'utilisation des ressources locales devrait être prioritaire par rapport aux ressources nationales, et les ressources nationales devraient être prioritaires par rapport aux ressources provenant d'autres pays.
- **Prendre en considération les facteurs culturels** – Les cultures varient et ce qui pourrait sembler culturellement acceptable pour un groupe de personnes pourrait ne pas l'être pour un autre. Pour garantir la pérennité des programmes de RBC dans différents contextes, il est important d'étudier quelle incidence ils auront sur les coutumes et traditions locales, quelle résistance aux programmes on peut attendre et comment

gérer cette résistance. Il est important de trouver un équilibre entre les changements à apporter aux croyances et aux comportements inadéquats à l'égard des personnes handicapées et l'adaptation des programmes et des activités au contexte local.

- **Renforcer les capacités** – renforcer les capacités des acteurs dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de RBC contribuera à en assurer la pérennité. Les programmes de RBC devraient comporter un important volet de sensibilisation et de formation pour aider à renforcer les capacités des intervenants. Par exemple, le renforcement des capacités des personnes handicapées garantira qu'elles disposent des compétences nécessaires pour plaider en faveur de leur inclusion dans les initiatives d'intégration.
- **Soutien financier** – Il est important que tous les programmes de RBC développent des sources de financement stables. Une gamme de différentes alternatives de financement peuvent être disponibles, y compris le financement du gouvernement (par exemple le financement direct ou les subventions), les financements de bailleurs de fonds (ex. la soumission d'appels à projets à des bailleurs de fonds nationaux ou internationaux pour obtenir un financement, les dons en nature, ou le parrainage) et les recettes d'autofinancement (ex. vente de produits, honoraires et frais de prestations de services, ou activités de microfinance).
- **Soutien politique** – Une politique nationale de RBC, un programme national de RBC, un réseau de RBC et le soutien budgétaire nécessaire garantiront l'accès de toutes les personnes handicapées et de leur famille aux bénéfices apportés par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2) et par les initiatives de développement. L'inclusion des questions relatives au handicap dans la législation et les politiques du gouvernement assurera aussi des bénéfices durables aux personnes handicapées en terme d'accès aux services et aux opportunités offertes dans les domaines de la santé, de l'éducation, du social et des moyens de subsistance.

Expansion des programmes de RBC

L'expansion des programmes de RBC signifie étendre l'impact d'un programme réussi. Ceci aura de nombreux avantages: par exemple, la RBC touchera plus de personnes handicapées dont les besoins ne sont pas encore satisfaits, contribuera à une sensibilisation croissante de la société aux questions liées au handicap et pourrait aussi renforcer le soutien aux changements à apporter aux politiques et à l'allocation des ressources liées au handicap. L'élargissement des programmes nécessite : i) une preuve de l'efficacité du programme ; ii) l'approbation des personnes handicapées et des membres de leur famille ; iii) le consentement de la communauté ; iv) des ressources financières suffisantes ; et v) des législations et des politiques clairement formulées.

Il existe différentes manières d'intensifier un programme de RBC. L'une d'elles consiste à étendre la couverture géographique du programme – c'est-à-dire étendre la portée du programme au-delà d'une seule communauté, à plusieurs communautés ou à un niveau régional voire national. Cependant, on propose, en général, que les programmes de RBC commencent à petite échelle dans des régions facilement accessibles et donnent des résultats satisfaisants avant d'envisager une quelconque expansion. Etant donné que les programmes de RBC se concentrent sur des personnes présentant un type spécifique de handicap, une autre manière d'étendre le programme serait de répondre aux besoins de personnes présentant différents types de handicap.

Le cycle de gestion

Quand on envisage de développer ou de renforcer un programme de RBC, il est utile de visualiser tout le processus de gestion sous la forme d'un cycle (fig.2). Ceci garantit que toutes les parties principales sont prises en considération, et montre leur cohésion et leur interrelation. Dans ce guide, le cycle de gestion comporte les quatre phases suivantes :

1. **Analyse de la situation** –

cette étape examine la situation actuelle des personnes handicapées et de leur famille au sein de la communauté et identifie les problèmes et les questions qui doivent être résolus.

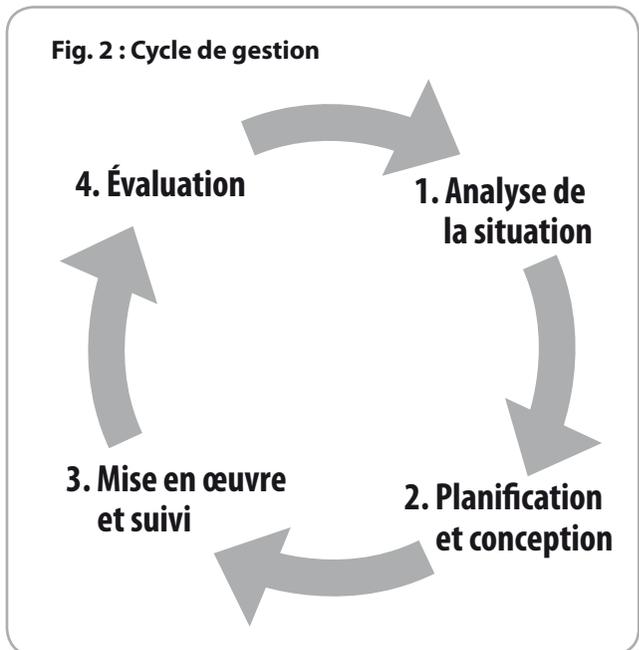
2. **Planification et conception**

– l'étape suivante consiste à décider ce que le programme de RBC doit faire pour résoudre les problèmes et les questions et à planifier comment le faire.

3. **Mise en œuvre et suivi** – à ce

stade, le programme est mis en œuvre et fait l'objet d'un suivi et d'un contrôle réguliers pour s'assurer qu'il est sur la bonne voie.

4. **Évaluation** – cette étape mesure le programme en fonction de ses résultats pour constater si et comment ces résultats ont été atteints, et évalue l'impact global du programme, par exemple, quels changements sont intervenus grâce au programme.



Phase 1 : Analyse de la situation

Introduction

Il est indispensable que les programmes de RBC soient basés sur des informations pertinentes et spécifiques à chaque communauté pour s'assurer qu'ils répondent à des besoins réels, qu'ils sont rentables et qu'ils sont réalistes. Il arrive souvent, avant le lancement d'un programme de RBC, que les planificateurs aient l'impression qu'ils disposent d'informations suffisantes concernant les besoins et ce qu'ils doivent faire. Cependant, dans plusieurs cas, l'information s'avère incomplète, d'où la nécessité d'inclure une analyse de la situation dans la première phase du cycle de gestion.



Une analyse de la situation a pour objectif de répondre à la question suivante : « Où en sommes-nous actuellement ? ». Cette question aide les planificateurs à comprendre la situation (ou le contexte) dans laquelle vivent les personnes handicapées et leur famille afin de déterminer le plan d'action le plus approprié. Cette analyse comprend le recueil d'informations, l'identification des intervenants et de leur influence, l'identification des principaux problèmes et objectifs du programme ainsi que la disponibilité des ressources au sein de la communauté. C'est une phase importante du cycle de gestion car elle fournit des informations essentielles pour la planification et la conception du programme de RBC (voir Phase 2 : Planification et conception).

Étapes à prévoir

Une analyse de la situation comprend les étapes suivantes :

1. Recueil de données.
2. Analyse des intervenants.
3. Analyse du problème.
4. Analyse des objectifs.
5. Analyse des ressources.

Recueil de données

Le recueil de données de base aide à identifier ce qui est déjà disponible sur les personnes handicapées et leurs conditions de vie. Il fournit également des informations de référence qui peuvent être utiles pour une évaluation ultérieure (voir Phase 4: Évaluation). Les données recueillies peuvent concerner le contexte, la situation sociale, économique, culturelle et politique aux niveaux national, régional et/ou local.

A titre d'exemple, on pourrait recueillir des informations sur :

- la population, ex. le nombre de personnes handicapées, leur âge, leur sexe, les types de handicap ;
- les conditions de vie, ex. les types de logement, l'eau et les installations sanitaires ;
- la santé, ex. le taux de mortalité, les causes de mortalité et de morbidité, les services de santé locaux ;
- l'éducation, ex. le nombre d'enfants handicapés scolarisés, le taux d'alphabétisation ;
- la situation économique, ex. les sources de revenu, le salaire journalier moyen ;
- le gouvernement, ex. les politiques et les législations, le degré d'intérêt concernant le handicap, l'état de la ratification et de la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les normes et réglementations concernant l'accessibilité ;
- la culture, ex. les groupes culturels, les langues, les pratiques et les attitudes à l'égard du handicap ;
- la religion, ex. les croyances religieuses et les groupes religieux ;
- la situation géographique et le climat.



Cette enquête peut nécessiter un contact avec les gens, comme par exemple, la visite du siège du gouvernement local et/ou l'examen de documents et de données qu'on peut trouver sur Internet, dans les publications gouvernementales, dans des ouvrages et dans des articles de recherche.

Analyse des intervenants

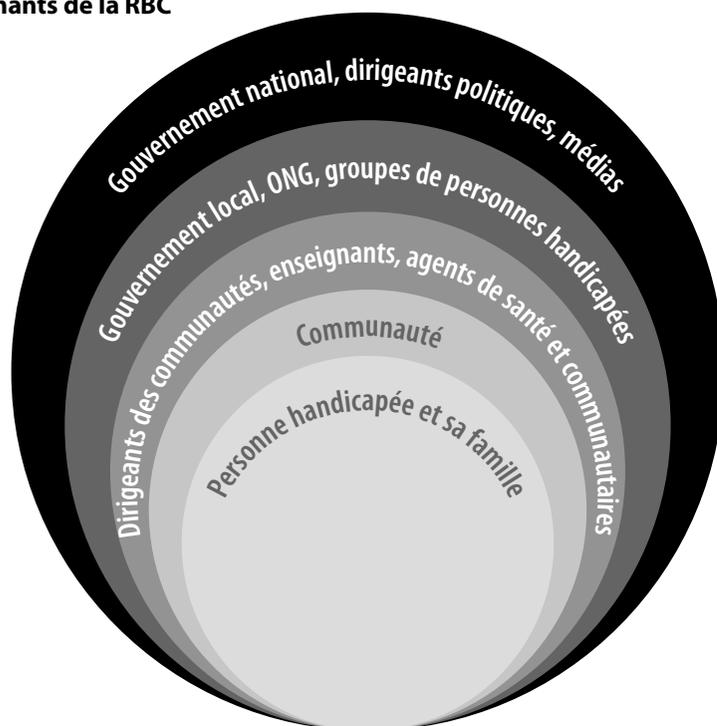
Il est important que toutes les parties prenantes concernées soient identifiées et impliquées dès le début du cycle de gestion pour garantir leur participation et pour aider à établir un sentiment d'appropriation au sein de la communauté. Une analyse des intervenants aide à identifier les parties prenantes (individus, groupes, organisations) qui pourraient bénéficier d'un programme de RBC, y contribuer ou l'influencer. Plusieurs outils différents peuvent être utilisés pour identifier les parties prenantes, s'informer de leurs niveaux d'influence et cartographier leurs activités. L'analyse SWOT est un outil qui peut être utilisé pour analyser les **points forts** et les **points faibles** d'un groupe d'intervenants ainsi que les **opportunités** et les **menaces** externes auxquels elles font face.

Rôles et responsabilités des principaux intervenants

Il est possible d'identifier différents acteurs lors de l'analyse des intervenants. Ils peuvent inclure: les personnes handicapées et les membres de leur famille, les membres de la communauté (y compris les dirigeants de la communauté, les enseignants, etc.), la société civile (ex. les organisations non gouvernementales, les organisations religieuses et les associations de femmes), les organisations de personnes handicapées et les instances gouvernementales (fig. 3). Il est important de ne pas oublier que le personnel de

RBC ainsi que les directeurs de programmes de RBC sont aussi des parties prenantes. Chaque acteur mettra à contribution ses compétences, ses connaissances, ses ressources et son réseau de relations et assumera des rôles et des responsabilités spécifiques pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme de RBC.

Fig. 3 : Intervenants de la RBC



Les personnes handicapées et leur famille

Les personnes handicapées et leur famille jouent un rôle extrêmement important au sein de la RBC. Leurs rôles et leurs responsabilités seront au fur et à mesure développés tout au long de ce guide, mais en résumé, ils peuvent inclure ceci :

- jouer un rôle actif à tous les niveaux de la gestion du programme de RBC ;
- participer aux comités de RBC locaux;
- être impliqués comme bénévoles et travailler en tant que personnel de RBC ;
- renforcer la sensibilisation au handicap au sein de leurs communautés locales, ex. attirer l'attention sur les obstacles existants et demander leur élimination.

Les membres de la communauté

Tous les membres de la communauté peuvent profiter de la RBC, et pas seulement les personnes handicapées. Les programmes de RBC doivent encourager les membres de la communauté à assumer les rôles et les responsabilités suivants :

- participer aux sessions de formation pour améliorer leurs connaissances concernant le handicap ;
- modifier leurs croyances et leurs attitudes qui peuvent limiter les opportunités pour les personnes handicapées et leur famille;

- lever d'autres obstacles qui pourraient empêcher les personnes handicapées et leur famille de participer à la vie communautaire ;
- servir d'exemple et inclure les personnes handicapées et leur famille dans des activités ;
- contribuer aux ressources (ex. temps, argent, équipement) des programmes de RBC ;
- protéger leur communauté et traiter les causes du handicap ;
- assurer soutien et assistance aux personnes handicapées et à leur famille si nécessaire.

La société civile

Les rôles et les responsabilités des organisations et des groupes de la société civile varieront en fonction de leur niveau – international, national, régional ou communautaire. Leurs rôles et responsabilités seront aussi influencés par leur niveau d'expérience et d'implication dans le handicap et la RBC. Dans le passé, plusieurs organisations non gouvernementales ont été au centre du travail entrepris dans le cadre de la RBC et, par conséquent, elles pourraient jouer un rôle moteur dans tout programme de RBC, qu'il soit nouveau ou déjà en cours d'exécution. Généralement, leurs rôles et responsabilités peuvent comprendre de:

- développer et mettre en œuvre des programmes de RBC quand le soutien du gouvernement est limité ;
- assurer aux programmes de RBC une assistance technique, des ressources et la formation nécessaires ;
- soutenir la mise en place de réseaux d'orientation entre les parties prenantes ;
- soutenir les programmes de RBC afin de renforcer les capacités d'autres intervenants ;
- intégrer les questions de handicap aux programmes et services existants ;
- soutenir l'évaluation, la recherche et le développement de la RBC.

Les organisations de personnes handicapées

Les organisations de personnes handicapées représentent une importante ressource pour le renforcement des programmes de RBC, et plusieurs d'entre elles jouent actuellement un rôle significatif dans les programmes de RBC (voir Module autonomisation : Organisations de personnes handicapées). Leurs rôles et responsabilités peuvent inclure de:

- représenter les intérêts des personnes handicapées ;
- prodiguer des conseils sur les besoins des personnes handicapées ;
- former les personnes handicapées à leurs droits ;
- faire du plaidoyer et du lobbying pour garantir que les gouvernements et les prestataires de services réagissent activement à l'égard de ces droits, en mettant en œuvre, par exemple, des programmes conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;
- fournir des informations concernant les services aux personnes handicapées ;
- s'impliquer directement dans la gestion des programmes de RBC.



Le gouvernement

Les questions relatives au handicap doivent intéresser tous les niveaux de l'administration et tous les secteurs gouvernementaux, par exemple, les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'emploi ainsi que le secteur social. Leurs rôles et responsabilités peuvent impliquer de :

- prendre en charge la direction et/ou la mise en œuvre des programmes nationaux de RBC ;
- garantir que des politiques et des cadres législatifs adéquats soient en place pour assurer les droits des personnes handicapées ;
- élaborer une politique nationale de RBC ou veiller à ce que la RBC soit incluse en tant que stratégie dans les politiques concernées, par exemple les politiques de réadaptation ou de développement ;
- assurer aux programmes de RBC des ressources humaines, matérielles et financières ;
- veiller à ce que les personnes handicapées et les membres de leur famille soient en mesure d'accéder à tous les programmes, services et installations ;
- développer la RBC comme méthodologie opérationnelle ou mécanisme de prestation de services pour assurer des services de réadaptation à travers le pays.

Les responsables de la RBC

Les rôles et responsabilités des responsables dépendront de l'entité chargée d'initier et de mettre en œuvre le programme de RBC et du degré de décentralisation, par exemple si le programme se situe à un niveau national, régional ou local. En général, certains des rôles et responsabilités d'un directeur de programme de RBC peuvent inclure de :

- faciliter la réalisation de chacune des phases du cycle de gestion ;
- veiller à ce que des politiques, des systèmes et des procédures soient en place pour assurer la gestion du programme ;
- construire et entretenir des réseaux et des partenariats tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté ;
- veiller à ce que tous les acteurs clés soient impliqués dans chacune des phases du cycle de gestion, et soient tenus pleinement informés des réalisations et des développements ;
- mobiliser et gérer les ressources, par exemple les ressources financières, humaines et matérielles ;
- renforcer les capacités des communautés et veiller à l'intégration des questions de handicap dans le secteur du développement ;
- gérer les activités au quotidien en déléguant les tâches et les responsabilités ;
- soutenir et superviser les membres du personnel de la RBC, en veillant, par exemple, à ce qu'ils soient conscients des rôles et des responsabilités qui leur incombent, en se réunissant régulièrement avec eux pour suivre de près leurs performances et leurs progrès, et en organisant des programmes de formation ;
- gérer les systèmes d'information pour surveiller les progrès et les performances.

Le personnel de RBC

Le personnel de RBC se situe au cœur du programme de RBC et constitue une ressource pour les personnes handicapées, leur famille et les membres de la communauté. Leurs rôles et leurs responsabilités seront au fur et à mesure développés tout au long de ce guide mais ils comprennent ce qui suit :

- identifier les personnes handicapées, mener des évaluations de base concernant leur situation et assurer des interventions thérapeutiques simples ;
- assurer l'éducation et la formation des membres de la famille pour qu'ils soutiennent et assistent les personnes handicapées ;
- fournir des informations sur les services disponibles au sein de la communauté et mettre en relation les personnes handicapées et leur famille avec ces services, en assurant l'orientation et le suivi ;
- aider les personnes handicapées à se rassembler pour constituer des groupes d'entraide ;
- faire du plaidoyer pour améliorer les conditions d'accessibilité et d'inclusion des personnes handicapées en établissant des contacts avec les centres de santé, les écoles et les lieux de travail ;
- sensibiliser la communauté aux questions de handicap pour encourager l'inclusion des personnes handicapées dans la vie familiale et communautaire.

Tableau 1 : Programme national de RBC au Vietnam – Rôles et responsabilités des principaux intervenants

Niveau	Intervenants	Rôles et responsabilités
Village	Personnes handicapées et leurs familles	Mise en œuvre de la réadaptation à domicile, adaptation du milieu de vie, regroupement en association, travail en tant que collaborateur (bénévole)
Village	Bénévoles de RBC	Identification précoce, orientation et suivi, collecte des données et rapports d'activités, sensibilisation, motivation, plaidoyer avec les personnes handicapées, les familles et la communauté, instauration de liens avec d'autres secteurs
Commune (groupes de villages)	Comité directeur, agents de RBC	Gestion, coordination et soutien des activités des collaborateurs, rapports d'activités, mobilisation et affectation des ressources, mise en œuvre de la réadaptation à domicile, facilitation de la création d'organisations de personnes handicapées
District	Comité directeur, directeur de RBC, secrétariat de la RBC, formateurs et spécialistes de la RBC	Direction et coordination, contrôle, rapports d'activités, soutien à la réadaptation à domicile, diagnostic, évaluation, formation, affectation des ressources
Province	Comité directeur, directeur de RBC, secrétariat de la RBC, formateurs et spécialistes de la RBC	Élaboration des politiques, affectation des ressources, interventions au sein de l'institution, coordination et direction générales, contrôle et évaluation, soutien de la réadaptation à domicile, diagnostic, évaluation et formation
National	Groupe de formateurs de formateurs, experts et décideurs politiques	Élaboration des politiques, élaboration des outils, interventions au sein de l'institution, formation, recherche

Analyse des problèmes

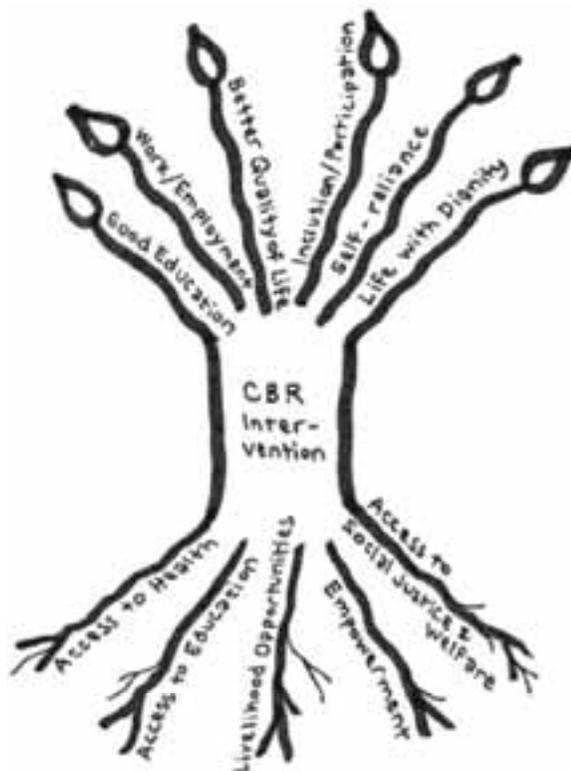
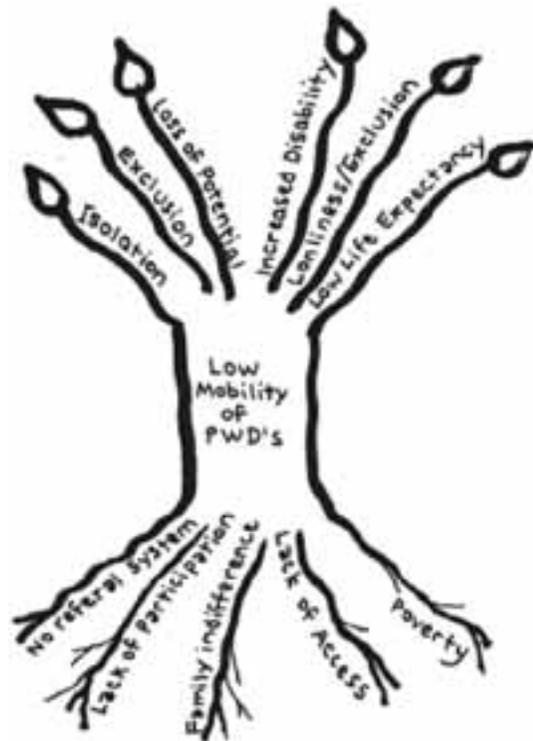
Les programmes de RBC sont conçus pour résoudre les problèmes qui se posent aux personnes handicapées et aux membres de leur famille au sein de la communauté. Une analyse des problèmes aide à identifier les principaux problèmes et à en déterminer les causes sous-jacentes ainsi que leurs effets et conséquences. Les principaux problèmes identifiés deviendront par la suite l'objet principal du programme de RBC (voir Préparer un plan d'action ci-dessous). Dans chaque module et élément du *Guide de la RBC*, le but potentiel du programme de RBC est souligné dans le paragraphe « Rôle de la RBC ».

Il est nécessaire de réaliser l'analyse des problèmes avec les principaux groupes d'intervenants identifiés plus haut. En effet, sans les points de vue des intervenants sur une question donnée, la nature du problème, les besoins et les solutions ne seront pas clairs. Un atelier est un moyen utile pour procéder à une analyse des problèmes avec les parties prenantes et aide à construire une compréhension mutuelle et à déterminer un objet et une action en commun. Cependant, il faut noter qu'il peut être nécessaire de procéder à plusieurs ateliers de travail avec différents groupes d'intervenants pour s'assurer que les groupes les plus vulnérables soient en mesure d'exprimer leurs opinions librement.

Il existe plusieurs outils qui peuvent être utilisés pour réaliser une analyse des problèmes. L'« arbre à problèmes » est probablement l'un des outils les plus connus et les plus largement utilisés (3,4). Un arbre à problèmes est un moyen qui aide à visualiser la situation sous forme d'un schéma. Il montre les conséquences du problème en haut de l'arbre et ses causes en bas.

Analyse des objectifs

L'analyse des objectifs constitue le point de départ pour déterminer quelles sont les solutions envisageables. 'L'arbre des objectifs' (Fig.4) est un outil utile pour compléter cette analyse. Il est semblable à l'arbre à problèmes mentionné plus haut sauf qu'il s'intéresse aux objectifs



plutôt qu'aux problèmes (3,4). Si un arbre à problèmes a été utilisé, il sera facilement transformé en arbre des objectifs. Ainsi, pour compléter l'arbre des objectifs, les causes de l'arbre à problèmes (négatifs) sont convertis en énoncés objectifs (positifs). Les objectifs identifiés au cours de cette analyse sont importants pour les phases de planification et de conception, puisqu'ils représentent la base du plan d'action. Étant donné que de nombreux problèmes et objectifs sont habituellement identifiés au cours de cette phase du cycle de programme, il est important de déterminer les domaines-clés prioritaires sur lesquels le programme doit se concentrer (voir Planification et conception).

Analyse des ressources

Toutes les communautés disposent de ressources, même celles qui sont très pauvres. L'analyse des ressources a pour objectif d'identifier les ressources actuelles disponibles dans la communauté, que le programme de RBC peut utiliser ou sur lesquelles il peut s'appuyer. Il est aussi important pendant l'analyse des ressources, d'identifier la capacité (c'est-à-dire les points forts et les points faibles) de ces ressources à satisfaire les besoins des personnes handicapées. Une analyse des ressources doit identifier : les ressources humaines, les ressources matérielles (ex. l'infrastructure, les bâtiments, les moyens de transport, l'équipement, les ressources financières et les systèmes sociaux existants) ainsi que les structures telles que les organisations, les groupes et les structures politiques. Il est souvent utile de cartographier ces ressources.

Phase 2 : Planification et conception

Introduction

La Phase 1 est censée avoir fourni aux planificateurs de la RBC des informations suffisantes pour la Phase 2 – de planification et de conception. Les planificateurs doivent entamer cette phase en ayant une image claire de la situation des personnes handicapées et du contexte dans lequel le programme de RBC sera mis en œuvre ; ils doivent disposer d'informations sur le nombre de personnes handicapées, leurs besoins et ceux de leurs familles, les solutions possibles à leurs problèmes et la disponibilité des ressources au sein de la communauté.

La planification aide à anticiper et à préparer l'avenir puisqu'elle assure un guide pour la phase suivante du cycle de gestion (Phase 3 : Mise en œuvre et suivi). Elle garantit que tous les aspects du programme de RBC sont pris en compte – les besoins prioritaires ont été identifiés, un plan (ou un projet) précis est conçu pour atteindre un objectif souhaité, des systèmes de suivi et d'évaluation ont été envisagés et les ressources nécessaires pour accomplir le plan d'action de RBC ont été identifiées.



Étapes à prévoir

Planifier en collaboration avec les intervenants clés

L'organisation d'un forum regroupant les intervenants serait un bon moyen d'examiner et de discuter les résultats de la Phase 1 afin de déterminer les priorités, de concevoir les plans d'action et de préparer les budgets. Il est important que les personnes handicapées et les membres de leur famille soient bien représentés lors de la phase de planification ; par conséquent, il faut veiller au mode d'organisation du forum pour garantir leur participation de manière significative. Par exemple, les informations devraient être présentées dans des formats accessibles aux personnes avec différents types de handicap. Comme mentionné dans la Phase 1, il peut être nécessaire d'organiser des ateliers séparés pour certains groupes d'acteurs, comme par exemple, les personnes handicapées et les membres de leur famille, pour leur permettre d'exprimer leurs points de vue aisément et librement.

Définir les priorités

Il est probable que de nombreux besoins différents aient été identifiés au cours de la Phase 1 et qui pourraient tous potentiellement être traités par le programme de RBC. Malheureusement, les ressources ne sont pas illimitées et, par conséquent, il est nécessaire de fixer des priorités. Pour déterminer les priorités à retenir, il est utile de prendre en considération les domaines où les besoins sont les plus pressants, où le plus grand potentiel propice au changement se situe, ainsi que la disponibilité des ressources. La participation des principales parties prenantes dans la définition des priorités est importante pour s'assurer que le programme est pertinent et conforme à leurs besoins. L'établissement des priorités nécessite des compétences et une compréhension des réalités – parfois, des facilitateurs externes peuvent aider à prévenir tout écart par rapport à l'objectif du programme.

Préparer un plan d'action

Le cadre logique (« *log frame* » en anglais abrégé) est un outil de planification qui peut être utilisé pour planifier un programme de RBC. Le cadre logique aide à s'assurer que tous les aspects nécessaires pour qu'un programme réussisse, sont pris en considération. Il a pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- qu'est-ce que le programme cherche à réaliser? (objectif et but) ;
- comment le programme réalisera-t-il cela? (résultats et activités) ;
- comment savons-nous que le programme a atteint son but ? (indicateurs) ;
- comment pouvons-nous confirmer que le programme a atteint son but? (moyens de vérification) ;
- quels sont les problèmes potentiels qui peuvent survenir en cours de réalisation ? (risques).

Il est important de comprendre les étapes suivantes afin de préparer un plan d'action pour la RBC en ayant recours au cadre logique. Se référer au Tableau 2 qui expose la structure générale d'un cadre logique ainsi que le Tableau 3 qui montre un exemple de ce à quoi peut ressembler un cadre logique complété. Noter que certains termes du cadre

logique utilisés ci-dessous peuvent être différents de ceux qui sont utilisés par d'autres organisations, organismes de financement, etc.

Tableau 2 : Le cadre logique

	Résumé	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif				
Objet				
Résultats				
Activités		Ressources nécessaires	Coût	

Déterminer l'objectif

Avant de penser à ce qui sera effectué, c'est-à-dire les activités, il importe de bien comprendre ce que le programme souhaite réaliser à long terme, c'est-à-dire l'**objectif**. L'objectif décrit l'impact ultime visé par le programme de RBC – le résultat final souhaité grâce auquel le problème ou le besoin n'existe plus ou grâce auquel la situation s'est sensiblement améliorée (voir Phase 1 : Analyse du problème).

Spécifier l'objet

L'**objet** du programme décrit le changement souhaité pour que le programme atteigne l'objectif visé. Il y a habituellement un seul objet, afin de rendre la gestion du programme plus facile. Cependant, certains programmes de RBC pourraient avoir plus d'un objet car ils peuvent vouloir mettre l'accent sur plusieurs composantes/éléments différents de la matrice de la RBC, par exemple la santé et l'éducation. Dans ce cas, des cadres logiques séparés seront nécessaires mais ils doivent avoir en commun le même objectif général (voir Phase 1 : Analyse du problème).

Définir les résultats

Les **résultats** représentent ce que le programme compte réaliser. Ce sont des domaines de travail global de grande envergure. Ils n'y a généralement pas plus de trois à six résultats pour chaque cadre logique (voir Phase 1 : Analyse des objectifs).

Déterminer les activités

Les **activités** sont les actions ou les interventions qui doivent être réalisées pour atteindre l'objectif et les résultats escomptés. Seules les activités-clés simples sont mentionnées dans le cadre logique. Des activités plus détaillées sont prises en compte ultérieurement dans le cycle de gestion, par exemple quand les plans de travail sont élaborés (voir Phase 3 : Élaborer des plans de travail détaillés).

Fixer les indicateurs

Les **indicateurs** sont des repères montrant l'état d'avancement dans le parcours pour atteindre les résultats prévus du programme de RBC; ils sont importants pour le suivi (voir Phase 3 : Mise en œuvre et suivi) et pour l'évaluation (voir Phase 4 : Évaluation). Les indicateurs d'un programme de RBC peuvent mesurer ce qui suit :

- la qualité des services et la rapidité de la prestation des services ;
- à la mesure dans laquelle les activités du programme atteignent les individus ciblés;
- l'acceptabilité et l'usage effectif des services ;
- les coûts engagés dans la mise en œuvre du programme ;
- dans quelle mesure la mise en œuvre effective du programme correspond au plan d'exécution ;
- le progrès et le développement global de la mise en œuvre du programme et les obstacles qui les entravent.



Il est important de veiller à ce que les indicateurs élaborés soient SMART (intelligent en anglais), c'est-à-dire :

- **Spécifiques** – quand les indicateurs sont fixés, ils doivent spécifier l'étendue du changement souhaité, c'est-à-dire la quantité (ex. à quel point ou combien), le type de changement souhaité, c'est-à-dire la qualité (ex. satisfaction, opinions, capacité de prise de décisions ou changements d'attitude), et le délai, c'est-à-dire la mesure de temps (ex. quand ou à quelle fréquence) ;
- **Mesurables** – est-il possible de mesurer les indicateurs de manière réaliste ?
- **Atteignables** – est-il possible d'atteindre les indicateurs à un coût raisonnable ?
- **Réalistes** – est-ce que les indicateurs sont pertinents par rapport à ce qu'ils sont censés mesurer ?
- **Temporellement défini** – sera-t-il possible de recueillir les informations pour les indicateurs lorsque cela est nécessaire ?

Déterminer les sources de vérification

Après avoir fixé les indicateurs, il est important de décider de quelle information on a besoin pour mesurer chaque indicateur, c'est-à-dire les sources de vérification. Celles-ci peuvent inclure les rapports, les comptes rendus de réunions, les listes de présence, les bilans financiers, les statistiques gouvernementales, les enquêtes, les interviews, les registres des formations, la correspondance ou les conversations, les études de cas, les rapports hebdomadaires, mensuels ou trimestriels du programme, les évaluations

de milieu et de fin de programme. Lorsqu'on décide des sources de vérification, il est également important de penser à quand, où et par qui les données seront collectées.

Penser à quelles hypothèses formuler

Pour compléter la colonne consacrée aux hypothèses dans le cadre logique, il est nécessaire de prendre en considération les risques et les incidents de parcours du programme. Il existe des risques associés à chaque programme de RBC; cependant, le fait de les identifier de manière précoce pourrait aider à éviter qu'il y ait de mauvaises surprises sur le parcours. Une fois les risques identifiés, il est possible de les gérer en changeant le plan d'action afin d'en réduire l'impact ou de les éliminer. Ces risques deviennent alors des énoncés positifs (hypothèses) et sont inclus dans le cadre logique.

Préparer un plan de contrôle et d'évaluation

Tous les programmes doivent être dotés de systèmes de surveillance et d'évaluation. Il est indispensable que ces systèmes soient pris en compte pendant la phase de planification étant donné la nécessité de recueillir les informations dès que la réalisation du programme démarre. Les indicateurs ainsi que les sources de vérification qui ont été identifiés dans le cadre du plan d'action serviront de base aux systèmes de contrôle et d'évaluation (voir Phase 3 : Mise en œuvre et suivi et Phase 4 : Évaluation).

Décider quelles sont les ressources nécessaires

Même si les ressources nécessaires pour un programme de RBC risquent de ne pas être immédiatement disponibles lors du lancement du programme, il importe de penser aux ressources nécessaires pour la mise en œuvre des activités du programme et aux moyens de les obtenir. Il ne faut pas oublier de se référer à l'analyse des ressources effectuée pendant la Phase 1 pour identifier les ressources déjà existantes (voir Phase 1 : Analyse des ressources). Les ressources suivantes doivent être prises en compte :

Ressources humaines

Le type de personnel nécessaire pour la mise en œuvre du programme, par exemple le directeur de programme, le personnel de RBC, les assistants administratifs et les chauffeurs.

Ressources matérielles

Le type d'installations et d'équipements nécessaires pour la mise en œuvre du programme, par exemple le local pour le bureau, le mobilier, les téléphones portables, les véhicules, le matériel audiovisuel et les équipements de réadaptation.

Ressources financières

Le coût peut être un facteur restrictif majeur pour les nouveaux programmes. Par conséquent, il est important d'estimer soigneusement le montant nécessaire. La meilleure manière de procéder est de préparer un budget. Peu importe si le programme de RBC

utilise des fonds existants ou des fonds provenant d'un seul donateur ou de plusieurs, il est toujours important de préparer un budget.

Préparer un budget

Un budget décrit le montant que le programme compte collecter et dépenser pour la mise en œuvre des activités sur une période de temps déterminée. Un budget est important pour garantir une gestion financière transparente (par exemple, cela donne une idée du coût du programme), pour la collecte de fonds (par exemple, il fournit des informations pour renseigner les donateurs sur ce qui est fait de leur argent), pour la mise en œuvre et le contrôle du programme (par exemple comparer les coûts réels par rapport aux coûts prévus dans le budget) et enfin pour l'évaluation.

Le budget doit refléter les coûts relatifs aux ressources mentionnées plus haut dans la partie « Décider quelles ressources sont nécessaires ». Il est important de budgétiser les dépenses très attentivement ; quand le budget n'est pas assez important, il peut être impossible d'entreprendre certaines activités prévues dans le programme. Par contre, si le budget est trop élevé, les donateurs peuvent ne pas être prêts à financer le programme.



Tableau 3 : Exemple de cadre logique pour le volet santé

	Résumé	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif	Les personnes handicapées atteignent leur niveau de santé le plus élevé.	Les taux de mortalité et de morbidité pour les personnes handicapées diminuent de X %.	ex. statistiques du centre de santé local.	
Objet	Les personnes handicapées peuvent accéder aux mêmes établissements et services de santé que les autres membres de la communauté.	Le nombre de personnes handicapées fréquentant les centres de santé locaux augmente de X % à la fin de l'année X. X % de personnes handicapées indiquent un niveau élevé de satisfaction envers les services de santé locaux.	ex. statistiques du centre de santé local; évaluation de milieu et de fin de programme.	Les services de soins de santé gouvernementaux locaux sont disponibles.
Résultats	<p>1. Les personnes handicapées ont une meilleure connaissance de leur état de santé et participent activement aux efforts visant à leur assurer de bonnes conditions de santé.</p> <p>2. Le secteur de santé est plus sensibilisé au handicap.</p> <p>3. Les barrières physiques au sein des établissements de soins sont réduites.</p>	<p>% de personnes handicapées impliquées activement dans un groupe d'entraide local à la fin de l'année X.</p> <p>Le nombre de personnes avec des complications a baissé de X% à la fin de l'année X.</p> <p>% des agents de santé qui participent aux sessions de formation pour l'égalité des droits des personnes handicapées à la fin de l'année X.</p> <p>% d'établissements de soins locaux qui sont physiquement accessibles à la fin de l'année X.</p>	<p>ex. listes de présence, observations, rapports des personnes handicapées et leur famille.</p> <p>ex. observations, rapports des personnes handicapées et leur famille.</p> <p>ex. audit des établissements de santé, observations, évaluation de fin de programme.</p>	<p>Les personnes handicapées ne sont pas exclues de l'accès aux services de santé.</p> <p>Les services de santé gouvernementaux locaux disposent d'une capacité adéquate.</p>
Activités	<p>1.1 Fournir des informations aux personnes handicapées sur l'emplacement des établissements et des services de santé.</p> <p>1.2 Constituer des groupes d'entraide qui ciblent des questions de santé spécifiques.</p> <p>2.1 Former les agents des établissements de soins de santé locaux aux questions de handicap.</p> <p>3.1 Vérifier les établissements de santé pour identifier les barrières physiques qui entravent l'accès.</p> <p>3.2 Se réunir avec les autorités locales de santé pour leur fournir des recommandations sur les moyens d'éliminer les barrières physiques.</p>	<p>Ressources nécessaires</p> <p>Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 directeur de programme • 2 agents de RBC • 1 formateur de RBC <p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • matériel d'information • outils pédagogiques • locaux de formation • outil d'évaluation • transport 	<p>Coûts</p> <p>Une évaluation chiffrée des coûts de toutes les ressources nécessaires est fournie ici.</p>	<p>Les personnes handicapées utilisent les informations fournies pour accéder aux services.</p> <p>Les personnes handicapées sont motivées à adhérer et à diriger les groupes d'entraide.</p> <p>Les agents de santé mettent en pratique la formation acquise.</p> <p>Le ministère de la Santé affecte des ressources pour apporter les modifications nécessaires aux bâtiments et aux bureaux.</p>

Phase 3 : Mise en œuvre et suivi

Introduction

La phase 3, de mise en œuvre et de suivi, implique de mettre effectivement en application les projets élaborés à la phase 2, et de veiller à ce que les activités nécessaires soient effectuées comme prévu et produisent les résultats visés. Pendant la phase de mise en œuvre, il est important de surveiller en permanence l'avancement du programme de RBC. Le suivi fournit des informations aux directeurs afin qu'ils puissent prendre des décisions et apporter des changements à la planification à court terme pour s'assurer que les résultats soient respectés et, en fin de compte, que le but et l'objectif du programme soient atteints. Les systèmes de contrôle doivent avoir été planifiés à la Phase 2, et les indicateurs et les sources de vérification définis. Pendant la Phase 3, ces systèmes de surveillance doivent être mis en place pour que les informations soient recueillies, enregistrées, analysées, signalées et utilisées pour la gestion du programme de RBC.



Étapes à suivre

Noter que les étapes suivantes ne sont pas nécessairement énumérées dans l'ordre dans lequel elles sont effectivement réalisées.

Élaborer des plans de travail détaillés

La première partie de la phase de mise en œuvre consiste à prendre le plan d'action et, avec l'aide de l'équipe et des autres parties prenantes, développer des plans de travail plus détaillés, pour déterminer :

- quelles sont les tâches spécifiques requises pour réaliser chaque activité prévue
- quand chaque tâche doit être entreprise avec une date de début et de fin
- qui est chargé d'aider à accomplir chaque tâche.

Il est utile de synthétiser toutes les informations contenues dans le plan de travail sous forme de tableau. Cela donne ainsi un aperçu visuel ou une illustration clairs. Le format couramment utilisé est le diagramme de Gantt (3).



Mobiliser et gérer les ressources

Ressources financières

Collecte de fonds : Il est indispensable de rechercher des ressources financières pour le développement de nouveaux programmes ou pour permettre à des programmes déjà existants de se poursuivre. Les financements des programmes de RBC peuvent être mobilisés de plusieurs sources différentes. Quand cela est possible, l'accent devrait être mis sur le financement issu de la communauté, car cela contribuera à assurer la pérennité des programmes à long terme. Les sources de financement possibles au sein de la communauté peuvent comprendre :

- les aides ou les subventions du gouvernement local ;
- les dons des entreprises locales et les parrainages des grandes entreprises ;
- les organisations de la société civile, ex. Rotary Club, Lions Club ;
- les recettes des prestations de services ou les paiements à la charge des personnes handicapées qui ont les moyens nécessaires ;
- les tombolas, les événements sociaux, les concours ainsi que d'autres manifestations spéciales ;
- les activités génératrices de revenus ;
- le microfinancement ou les fonds renouvelables communautaires.

Si les ressources nécessaires ne sont pas disponibles localement, la collecte de fonds pourrait être nécessaire aux niveaux régional, national ou international, pour développer et mettre en œuvre les programmes de RBC.

Gestion financière : Il est important d'établir un système transparent de gestion financière. Cela garantira que le programme puisse rendre compte aux parties prenantes, y compris les organismes de financement, les membres de la communauté et les personnes handicapées elles-mêmes. La gestion financière est un rôle-clé du directeur de programme mais d'autres personnes peuvent être impliquées, surtout quand les programmes sont de grande envergure et engagent de grandes sommes d'argent. La gestion financière nécessite :

- de disposer d'un mécanisme pour vérifier que les coûts correspondent aux activités programmées au cours de la phase de planification, ou ont été conclus avec le directeur de programme ;
- de tenir des registres financiers de manière adéquate ;
- de mettre à jour les données financières pour qu'elles constituent une référence disponible ;
- de mettre en place des mécanismes de contrôle et d'équilibre financier appropriés ;
- d'informer régulièrement toutes les parties prenantes du statut financier du programme.

Ressources humaines

Recrutement : Il est préférable lors du recrutement des directeurs et du personnel des programmes de RBC de les sélectionner, si possible, au sein de la communauté locale pour s'assurer qu'ils aient une bonne connaissance de la culture et de la langue locales ainsi qu'un meilleur accès aux membres de la communauté. Les programmes de RBC doivent aussi s'efforcer de recruter des personnes handicapées ou des membres de leur

famille, car ceci montre un engagement à l'égard des principes de la RBC (voir Introduction : La RBC aujourd'hui) et contribue au renforcement de leur potentiel. Quoiqu'il en soit, le recrutement doit se baser sur les connaissances et compétences des candidats ainsi que sur leur capacité à accomplir le travail. Les descriptions de poste doivent donc être préparées avant le processus de recrutement. Celles-ci décrivent en général les rôles et responsabilités du poste ainsi que l'expérience nécessaire.

Certains programmes de RBC peuvent aussi envisager le recrutement de volontaires, notamment dans les situations où les ressources sont limitées. Les volontaires ne sont pas payés pour le travail accompli ; ils reçoivent habituellement en contrepartie, des primes et des ressources qui les aident à accomplir leur travail. De nombreux membres de la communauté pourraient être disposés à travailler bénévolement pour les programmes de RBC, tels que les personnes handicapées, les membres de leur famille, les étudiants et les professionnels. Il est important de prendre en considération les avantages et les inconvénients du recrutement de volontaires. Par exemple, même si les volontaires ont habituellement une bonne connaissance de la réalité du terrain et leur apport est rentable, ils ne peuvent souvent consacrer au programme qu'un temps limité et la fréquence de leur rotation (*'turnover'*) est élevée.

Formation : Les directeurs et le personnel du programme de RBC nécessitent un large éventail de connaissances et de compétences pour leur permettre d'assumer les rôles et les responsabilités qui leur incombent (voir aussi Phase 1 : Analyse des intervenants). La mise au point récente de la matrice de la RBC (voir Introduction : La RBC aujourd'hui) et du *Guide de la RBC* donneront lieu à de nouveaux besoins de formation. Il peut être nécessaire pour les programmes de RBC de mettre à jour et de renforcer les programmes de formation existants ou de mettre en place de nouvelles initiatives de formation.

Il existe, à travers le monde, un vaste choix de programmes de formation destinés tant aux directeurs qu'au personnel des programmes. Ils sont tous différents en termes de contenu et de durée, et sont assurés par une variété de prestataires. À titre d'exemple, dans certains pays, les institutions du secteur tertiaire proposent des formations diplômantes au personnel de RBC alors que dans d'autres pays, les programmes de formation peuvent ne pas être accrédités et ne durer que quelques semaines ou quelques mois.

La formation des agents de RBC vise à améliorer leur capacité à fournir des services de haute qualité aux personnes handicapées et aux membres de leurs familles. La formation peut couvrir une vaste gamme de champs, y compris: les droits des personnes handicapées, les pratiques de développement communautaire et d'inclusion, la communication, les techniques de réadaptation de base (ex. les principes de l'identification, du dépistage et de l'évaluation ainsi que des activités thérapeutiques élémentaires), et les processus de groupe (ex. création de groupes d'entraide).

Lors de l'élaboration des cours de formation destinés au personnel de RBC, il est important d'examiner attentivement quel contenu est approprié. En effet, les cours de formation sont très souvent inspirés de



cours destinés aux professionnels de la réadaptation, tels que les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Par conséquent, ces cours s'avèrent souvent inappropriés et peu réalistes puisqu'ils mettent l'accent sur le développement de compétences cliniques et techniques de haut niveau, au lieu de développer les compétences nécessaires au développement communautaire.

La formation destinée aux directeurs de programmes de RBC vise à renforcer leur capacité à assurer une gestion efficace et efficiente des activités du programme. Il est important que les directeurs de programmes soient familiarisés aux quatre phases du cycle de gestion, qui sont essentiels pour garantir le succès des programmes. Les directeurs nécessitent également une bonne compréhension du handicap ainsi que de la stratégie de RBC.

ENCADRÉ 9

îles Salomon

La formation professionnelle pour offrir de meilleurs soins

En 2010, le Collège d'enseignement supérieur des îles Salomon proposera un Diplôme en réadaptation à base communautaire, qui se base sur la stratégie de la RBC. Il vise à doter les étudiants diplômés des compétences et des connaissances nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies de RBC à un niveau provincial. Il s'agit d'une formation d'une durée de deux ans, qui couvre les domaines suivants :

Compétences en rééducation de proximité – apprentissage des différents types de handicaps et des compétences pratiques de base en physiothérapie, en ergothérapie et en orthophonie.

Compétences en réadaptation à base communautaire – compétences pour travailler avec la communauté, y compris aider la communauté à comprendre les questions de handicap et assurer l'égalité des chances aux personnes handicapées.

Compétences en développement communautaire – aptitudes à initier des projets et des groupes communautaires qui favorise l'inclusion du handicap au sein de la communauté.

La mise en pratique de la RBC dans les compétences et le travail sur le terrain – mise en pratique de tous les acquis, en situation réelle au sein de la communauté.

À la fin du cours, les étudiants diplômés sont censés avoir acquis les compétences et les connaissances appropriées pour travailler au sein de l'unité de RBC (au ministère de la Santé, au sein des Services médicaux) en tant qu'agents de terrain dans les provinces ou en tant qu'assistants en rééducation, rattachés aux hôpitaux. À part le secteur de la santé, le secteur de l'éducation ainsi que les organisations non gouvernementales ont également été identifiés comme débouchés potentiels.

Perfectionnement, soutien et supervision du personnel : Le perfectionnement du personnel (ex. formation continue) est important pour permettre aux directeurs et au personnel des programmes de RBC de mettre à jour leurs compétences et d'en développer de nouvelles si nécessaire. Souvent, les ressources disponibles dans les communautés locales peuvent être mises à profit dans le cadre de la formation continue, comme par

exemple les cours de formation existants, le matériel pédagogique utilisé par d'autres organisations ainsi que le recours aux experts dans les domaines concernés.

Il est possible que certains programmes de RBC ne réussissent pas car ils n'assurent pas suffisamment de soutien et de supervision à leur personnel. Le personnel de RBC constitue la colonne vertébrale des programmes de RBC. Par conséquent, les directeurs doivent s'assurer qu'ils sont écoutés et soutenus dans leur mission. Assurer le soutien et la supervision consiste à établir des règles de supervision et de compte rendus claires, à s'assurer que le personnel est conscient des rôles et des responsabilités qui lui incombent, et à mener des évaluations de performance régulières. Il est important que les directeurs de programmes soient attentifs à tout signe de « surmenage professionnel », qui peut survenir quand le personnel de RBC assume une surcharge de travail, un travail trop intensif ou pendant trop longtemps.

ENCADRÉ 10

Papouasie-Nouvelle Guinée

Améliorer la crédibilité et le statut du personnel RBC

En Papouasie-Nouvelle Guinée, après des cours de formation de courte durée, le personnel de RBC est en mesure de dépister le pied bot chez l'enfant et la cataracte chez les adultes et de les orienter pour les interventions médicales nécessaires. Ces interventions sont très efficaces pour les personnes atteintes de ces affections, et pour leur famille, et elles renforcent également la crédibilité et le statut du personnel de RBC au sein de leur communauté.

Réaliser les activités programmées

Le directeur de programme doit parfaitement maîtriser le plan de travail et doit aussi être capable de réaliser les préparatifs nécessaires pour garantir que toutes les activités sont mises en oeuvre comme prévu. Aucune description détaillée des activités de RBC n'est fournie ici, car les activités figurent dans chaque composante séparément (voir livrets 2 à 6) ainsi que dans le livret supplémentaire (voir livret 7).

Les activités relèvent généralement des principaux domaines suivants :

Sensibilisation

Les activités de sensibilisation menées dans le cadre de la RBC s'adressent aux intervenants clés, pour leur fournir des informations et des connaissances sur le handicap et ainsi provoquer des changements d'attitude et de comportement. Ces activités de sensibilisation servent aussi à assurer un soutien à la stratégie et aux programmes de RBC et à encourager l'implication et la participation des parties prenantes.



Coordination et mise en réseau

Les activités de coordination et de mise en réseau sont nécessaires pour établir de bonnes relations et des partenariats efficaces avec les parties prenantes. Ce sont des activités importantes car elles assurent le partage des connaissances et des ressources, réduisent tout risque de double emploi et mobilisent l'effort communautaire.

Intégration de la dimension du handicap

Les activités d'intégration (*'mainstreaming'*) garantissent la pleine participation des personnes handicapées dans tous les secteurs de développement, c'est-à-dire au sein des secteurs de la santé, de l'éducation, du social et des moyens de subsistance, comme elles leur assurent le soutien nécessaire. Les activités d'intégration transversale s'accompagnent de mesures spécifiques, comme par exemple assurer un logement décent pour garantir l'égalité des chances.

Prestation de services

Chaque programme de RBC assurera différents services selon la partie qu'il choisit de privilégier dans la matrice de la RBC. Plusieurs activités associées à la prestation de services sont mises en oeuvre par le personnel de RBC. Ces activités varient, de l'identification des personnes handicapées, en passant par leur orientation vers des services conventionnels/spécialisés, jusqu'à assurer des services de réadaptation de base et des aides techniques.

Plaidoyer

Dans le passé, les programmes de RBC ont négligé le plaidoyer, et se sont plutôt concentrés sur la prestation de services aux personnes handicapées. Il existe différents types d'activités de plaidoyer qui peuvent être utilisées pour garantir l'égalité des chances et des droits des personnes handicapées, dans les secteurs de la santé, de l'éducation, dans le secteur social et des moyens de subsistance, ainsi que dans d'autres aspects de la vie communautaire.

Renforcement des capacités

Renforcer les capacités des intervenants clés assurera qu'ils disposent des connaissances et des compétences nécessaires pour assurer leur mission et leurs responsabilités (voir aussi Phase 1 : Analyse des intervenants). La formation est un moyen de renforcer les capacités des principales parties prenantes et est mentionnée en tant qu'action suggérée tout au long de ce guide. Tous les intervenants ne nécessitent pas le même type ou niveau de formation ; la formation doit être basée sur les rôles et responsabilités qui leur sont assignés, et les besoins qui peuvent en résulter. Certains acteurs pourraient seulement avoir besoin d'ateliers, de séminaires ou de séances d'information de courte durée, pour les sensibiliser aux questions de handicap, et pour les orienter vers la stratégie de la RBC. Par contre, d'autres acteurs pourraient avoir besoin de programmes de formation formelle.

Les programmes de RBC doivent identifier les programmes de formation existants au sein de la communauté, afin d'économiser et d'optimiser leurs ressources. Les ressources de formation potentielles pourraient inclure les institutions gouvernementales, les organisations de développement ordinaires et les organisations non gouvernementales spécialisées dans le handicap. Il est également important d'assurer la formation de formateurs en RBC afin de garantir la disponibilité permanente au niveau local d'un ensemble de personnes qui ont de bonnes connaissances en matière de RBC ainsi que les compétences nécessaires pour les transmettre à d'autres.

Suivi ('Monitoring')

Qu'est-ce que le "Monitoring" ?

Le 'Monitoring' assure le suivi des activités du programme. Il implique le recueil et l'analyse réguliers d'informations tout au long de la phase de mise en œuvre. C'est une fonction interne du programme, (c'est-à-dire qu'il est assuré par les directeurs de programme et le personnel de RBC) qui aide l'équipe à identifier les activités qui sont sur la bonne voie et celles qui ne le sont pas, afin d'apporter les modifications nécessaires. Si de bons systèmes de suivi sont en place et qu'ils sont efficaces, ils rendront également le processus d'évaluation du programme beaucoup plus facile (voir Phase 4 : Évaluation).

Étapes du suivi ('Monitoring')

Fixer les indicateurs : Les indicateurs devraient avoir été instaurés durant la Phase 2 : de Planification et conception.

Décider du mode de collecte des informations : La décision concernant la manière de recueillir les informations pour assurer le suivi (les 'sources de vérification') devraient également avoir été prise pendant la Phase 2.

Recueillir et consigner les informations : Des systèmes formels doivent être mis en place pour recueillir et enregistrer les informations. Il est important que ces systèmes soient aussi simples que possible, et qu'ils ne recueillent que les informations nécessaires. Tous le personnel doit être formé à la manière de suivre et d'utiliser ces systèmes ; par exemple, le personnel devra être initié à la manière d'utiliser correctement les formulaires de collecte de données. Des systèmes informels peuvent aussi être utiles. Par exemple, on peut demander au personnel de RBC de prendre des notes détaillées de leurs activités et de les consigner dans un carnet ou un journal de bord. Il est important de veiller à ce que la collecte d'informations se fasse selon un échéancier régulier. Cet échéancier peut se faire sur une base quotidienne, mensuelle et/ou trimestrielle selon les besoins de rapports du programme.

Analyser les informations : Il est souvent plus aisé de collecter et d'enregistrer les informations que de les analyser. Cependant, si les directeurs de programmes de RBC n'examinent pas de près les informations, ils ne pourront pas observer l'avancement des activités du programme, ni identifier les problèmes potentiels. Après avoir analysé les informations, il peut être nécessaire d'entreprendre des recherches plus poussées pour savoir ce qui se passe réellement.

Etablir des rapports et partager les informations : Rapporter l'information et partager les résultats du 'monitoring' avec les principales parties prenantes prouvent que le programme est exécuté de manière transparente et responsable. Un rapport de 'monitoring' doit inclure des informations sur : le domaine d'activité ou de travail qui fait l'objet du rapport, le travail prévu pour la période donnée et le travail effectivement achevé, l'état d'avancement par rapport aux résultats prévus du programme, les dépenses budgétisées par rapport aux dépenses effectives, les réalisations, les contraintes/problèmes et les mesures prises ou recommandées et les enseignements tirés. Les exigences en matière de rapports varient selon les structures de gestion en place des programmes de RBC. Par exemple, au niveau local, le personnel de RBC pourrait avoir à présenter un rapport au directeur de programme toutes les semaines, alors que les directeurs devraient présenter un rapport aux instances supérieures tous les mois, et ainsi de suite.

Gérer les informations : Le programme de RBC génère beaucoup d'informations, tels que les documents, les rapports, la correspondance et les comptes, par exemple. Un système de classement efficace est un moyen de gérer les informations, de gagner beaucoup de temps, et d'éviter tout malentendu lors du processus de 'monitoring'. Si des informations confidentielles sont recueillies, il est aussi important de veiller à les sauvegarder dans un lieu sûr.

Phase 4 : Évaluation

Introduction

La dernière étape du cycle de gestion, à savoir l'évaluation, implique une évaluation du programme de RBC actuel ou achevé. Elle aide à déterminer si les résultats programmés dans le plan d'action (voir Phase 2 : Planification et conception) ont été réalisés, et comment la situation qui leur a servi de point de départ (voir Phase 1 : Analyse de la situation) a changé. L'évaluation peut mener à une décision de poursuivre, de changer ou d'arrêter le programme, et peut aussi fournir des preuves importantes que la RBC est une bonne stratégie pour l'égalisation des chances, la réduction de la pauvreté et l'inclusion sociale des personnes handicapées.

Certains directeurs de programmes de RBC peuvent redouter d'entreprendre une évaluation car ils craignent d'exposer au grand jour leurs erreurs et leurs points faibles. Il est très important de comprendre qu'aucun programme ne peut se dérouler aisément du début à la fin, et que même les programmes les plus réussis font face à des problèmes en cours de route. Les programmes de RBC réussis doivent réfléchir aux problèmes rencontrés, en tirer des leçons et les exploiter pour une planification future .

Beaucoup de gens pensent que l'évaluation est difficile, car les manuels fournissent souvent des descriptions complexes des différentes approches et méthodes. Par conséquent, un grand nombre de personnel de RBC pourraient croire qu'ils doivent être des experts pour entreprendre une évaluation. Cependant, avec un bon niveau de planification et de préparation, de simples procédures d'évaluation suffisent à apporter de nombreuses informations utiles.



Évaluation

Qu'est-ce qu'une évaluation ?

L'évaluation est tout simplement un bilan. La pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennité d'un programme sont les facteurs qui se situent au coeur de toute procédure d'évaluation. En entreprenant une évaluation, les programmes de RBC peuvent tirer des leçons de leurs expériences et les exploiter pour améliorer les activités en cours d'exécution et encourager une meilleure planification par une sélection judicieuse d'alternatives pour toute action future.

Qui réalise l'évaluation ?

Les évaluations peuvent être entreprises en interne par le personnel du programme de RBC (auto-évaluation) ou en externe, par un individu ou une agence indépendant (e) qui intervient de l'extérieur (évaluation externe). Chacune de ces approches a ses avantages et ses inconvénients et, par conséquent, les approches à l'égard de l'évaluation varieront d'un programme à l'autre. Idéalement, une évaluation est réalisée en combinant les deux approches.

Quand l'évaluation a-t-elle lieu ?

L'évaluation diffère du 'monitoring' car elle n'est pas entreprise de manière continue. L'évaluation a uniquement lieu à des moments spécifiques du cycle du projet. Ainsi, elle peut être entreprise à mi-chemin, pendant la mise en œuvre du programme, immédiatement après la fin du programme, ou peu de temps après (par exemple après deux ans).



Étapes de l'évaluation

La manière d'entreprendre une évaluation d'un programme de RBC dépend de qu'est-ce qui fait l'objet de l'évaluation, qui l'a demandée et qui l'effectuera. Elle comprend généralement les étapes suivantes.

Cibler l'évaluation

La première étape consiste à déterminer qu'est-ce que l'évaluation veut cibler ? C'est-à-dire décider pourquoi l'évaluation est entreprise (but) et prendre une décision concernant les questions auxquelles l'évaluation est censée répondre.

Il est impossible qu'une seule évaluation évalue tous les aspects du programme. Par conséquent, il importe de réfléchir attentivement au but de l'évaluation. Le but pourrait être :

- d'évaluer la capacité du personnel de RBC à assumer ses rôles et responsabilités de manière compétente, afin de décider s'il nécessite une formation supplémentaire ;
- d'évaluer quelles activités ont le plus réussi afin de déterminer quels aspects du programme doivent être poursuivis ou suspendus ;
- d'évaluer si le programme a eu l'impact prévu, pour décider s'il y a lieu de reproduire la même stratégie ailleurs ;
- d'évaluer si les ressources ont été dépensées correctement, quels résultats ont été réalisés et quelles procédures ont été suivies, afin d'orienter les décisions relatives à l'avenir du programme.

Une fois le but de l'évaluation confirmé, il est alors possible de formuler les questions auxquelles l'évaluation doit répondre. Ces questions ne sont habituellement pas si simples pour que la réponse soit « oui » ou « non ». De nombreuses questions différentes peuvent être posées sur la pertinence, l'efficacité, l'impact et la pérennité du programme (voir Tableau 4 : Les composantes d'une évaluation).

Tableau 4 : Les composantes d'une évaluation

Pertinence	Le programme répond-il aux besoins des personnes handicapées, de leur famille et de la communauté ?
Efficience	Les ressources (humaines, financières, matérielles) ont-elles été utilisées de la meilleure façon ?
Efficacité	Le programme a-t-il atteint ses résultats en termes de qualité, de quantité et de temps ?
Impact	Est-ce que l'objectif général au sens large a été atteint ? De quelles manières le programme a changé la vie des personnes handicapées et de leur famille ? Quel effet le programme a-t-il eu sur la communauté en termes d'attitudes et de comportements à l'égard des personnes handicapées ?
Pérennité	Le programme sera-t-il en mesure de continuer lorsque le soutien externe sera réduit ou interrompu ?

Recueillir les informations

La deuxième étape consiste à décider de la meilleure manière de répondre aux questions de l'évaluation, en réfléchissant aux questions suivantes :

- **Qui peut fournir les informations** – Les intervenants sont de très bonnes sources d'information. Les informations peuvent être recueillies auprès des personnes handicapées et de leur famille, d'autres programmes communautaires, des instances gouvernementales locales (ex. le bureau national de statistiques), entre autres. Le personnel du programme de RBC ainsi que d'autres professionnels peuvent également être de bonnes sources d'information, comme se sont généralement eux qui conservent les rapports concernant les activités et les interventions entreprises et les résultats atteints.
- **Comment peut-on recueillir les informations** – Il existe différents moyens de recueillir les informations et chacun d'eux a ses avantages et ses inconvénients. Habituellement, on utilise plus qu'une seule méthode pour collecter les informations nécessaires à une évaluation (voir Tableau 5 : Méthodes de collecte de données).
- **Quand faut-il recueillir les informations** – Les informations peuvent être recueillies à différents stades. La collecte d'informations avant le lancement du programme fournit des données de référence (voir Phase 1 : Analyse de la situation). Les données de référence sont importantes pour mesurer l'impact du programme de RBC. Ainsi, si on ignore la situation de départ avant le lancement du programme, il sera difficile d'évaluer si le programme a eu un quelconque impact. Les informations peuvent aussi être recueillies quand le programme est en cours d'exécution, (voir Phase 3 : Suivi) ou à la fin du programme.



Tableau 5 : Méthodes de collecte de données

Méthode	Qualitative	Quantitative	Objectif général
Questionnaires	X	X	Pour obtenir des informations sur un certain nombre de questions spécifiques et bien définies, sur les personnes handicapées, les parents et autres intervenants clés.
Evaluation individuelle	X	X	Pour évaluer la situation actuelle en terme de bien-être, de santé, d'activités quotidiennes, etc. Les résultats sont mesurés en fonction des rapports initiaux des études de cas.
Enquêtes		X	Pour évaluer les changements d'attitude ainsi que les changements de la qualité de vie (mesurés idéalement par rapport à des données de référence), à travers les enquêtes.
Revue de la documentation	X	X	Pour comprendre les politiques sous-jacentes du programme et comment le programme fonctionne (ex. examen des politiques, des réglementations, des procédures et de la gestion financière et administrative).
Examen des dossiers		X	Pour avoir une vue d'ensemble du nombre et des caractéristiques des personnes, des progrès réalisés, des interventions effectuées, des relations entre entrées et résultats, de la charge de travail des agents de réadaptation, etc.
Interviews	X		Pour comprendre les points de vue, les impressions ou les expériences de quelqu'un ou pour éclaircir davantage leurs réponses aux questionnaires.
Observation	X	X	Pour rassembler des informations précises sur le mode de fonctionnement réel du programme, notamment en ce qui concerne les procédés et les interactions.
Groupes de discussion	X		Pour examiner un sujet en profondeur à travers une discussion de groupe, comme discuter, par exemple, les réactions à une expérience ou à une suggestion afin d'atteindre une vision commune des problèmes et des questions, etc.

Analyser les informations et tirer des conclusions

Après avoir recueilli l'information, il sera nécessaire d'en comprendre le sens. L'analyse des informations permet d'identifier des modèles, des tendances ou des conclusions inattendues et de déterminer si les informations répondent aux questions de l'évaluation et si c'est le cas, dans quelle mesure. Différents types d'informations sont analysés de différentes manières. Par exemple, les données quantitatives des questionnaires, des tests ou des registres sont habituellement analysées en recourant aux méthodes et programmes statistiques. Quant aux données qualitatives obtenues à partir des interviews et des groupes de discussions, elles sont habituellement analysées en les structurant et en les organisant selon des catégories et des thèmes clés. Après l'analyse des informations, il peut être possible de tirer des conclusions et de formuler des recommandations concernant le programme.

Partager les conclusions et prendre des mesures

Une évaluation est inutile si personne n'agit en suivant ses conclusions et ses recommandations. Par conséquent, il est important de communiquer et de partager les conclusions. Il existe différentes façons de le faire : par exemple, un rapport d'évaluation formel peut être rédigé, les résultats d'une évaluation peuvent être présentés dans le cadre d'une réunion de membres de la communauté, un article peut être publié dans le journal local, une étude de cas peut être rédigé dans un bulletin d'information qui est diffusé auprès d'autres agences, un article peut être rédigé dans une revue, ou une communication peut être présentée dans le cadre d'une conférence. Après une évaluation, il est aussi important de réfléchir et de tirer des enseignements des choses qui ont bien fonctionné et des choses qui ont mal fonctionné, de ce qu'on a bien fait et de ce qu'on a mal fait. Les résultats de l'évaluation doivent influencer la prise de décision concernant plusieurs aspects des programmes : ceux qui doivent se poursuivre, ceux qui doivent être modifiés, ceux qui doivent cesser, quelles pratiques pourraient être étendues et quels autres domaines et priorités doivent être traités au sein de la communauté.

Références

1. *CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities* (Joint Position Paper 2004). International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, and World Health Organization, 2004 (www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/index.html, accessed 30 March 2010).
2. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York, United Nations, 2006 (<http://www.un.org/disabilities/>, accessed 30 March 2010).
3. Blackman R. *Project cycle management*. Teddington, Tearfund, 2003 (<http://tilz.tearfund.org/Publications/ROOTS/Project+cycle+management.htm>, accessed 5 May 2010).
4. Australian Agency for International Development. *AusGuideline: 3.3: The logical framework approach*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005 (<http://www.ausaid.gov.au/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf>, accessed 5 May 2010).

Autres ressources

ARC resource pack: a capacity-building tool for child protection in and after emergencies. London, Action on Rights for Children, 2009 (<http://www.arc-online.org/using/index.html>, accessed 5 May 2010).

Community based initiatives series. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003 (<http://www.emro.who.int/publications/series.asp?RelSub=Community-Based%20Initiatives%20Series>, accessed 5 May 2010).

Community-based rehabilitation and the health care referral services: a guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 1994 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf, accessed 5 May 2010).

Cornielje H, Velema JP, Finkenflügel H. Community based rehabilitation programmes: monitoring and evaluation in order to measure results. *Leprosy Review*, 2008, 79(1):36–49 (<http://www.leprosy-review.org.uk/>, accessed 5 May 2010).

Düring I, ed. *Disability in development: experiences in inclusive practices*. Lyon, Handicap International, 2006 (http://www.cbm.org/en/general/CBM_EV_EN_general_article_46088.html, accessed 5 May 2010).

FAO Socio-Economic and Gender Analysis Programme. *Project cycle management technical guide*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2001 (<http://www.fao.org/sd/Seaga/downloads/En/projecten.pdf>, accessed 5 May 2010).

Guidance Note 5: Tools for mainstreaming disaster risk reduction – project cycle management. European Commission, 2004 (http://www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN5.pdf, accessed 5 May 2010).

Guidelines for conducting, monitoring and self-assessment of community based rehabilitation programmes: using evaluation information to improve programmes. Geneva, World Health Organization, 1996 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_RHB_96.3.pdf, accessed 5 May 2010).

Handicap International/ Swedish Organisations' of Persons with Disabilities International Aid Association (SHIA)/ Swedish Disability Federation (HSO). *A guidance paper for an inclusive local development policy*. Make Development Inclusive, 2009 (www.make-development-inclusive.org/toolsen/inclusivedevelopmentweben.pdf, accessed 5 May 2010).

Helander E. *Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation*, 2nd ed. New York, United Nations Development Programme, 1999 (<http://www.einarhelander.com/books.html>, accessed 5 May 2010).

Make development inclusive: how to include the perspectives of persons with disabilities in the project cycle management guidelines of the EC – concepts and guiding principles. Make Development Inclusive (undated) (<http://www.inclusive-development.org/cbmtools/>, accessed 5 May 2010).

Managing the project cycle. Network Learning, 2009 (http://www.networklearning.org/index.php?option=com_docman&Itemid=52, accessed 5 May 2010).

Manual project cycle management. European Commission Directorate-General for Humanitarian Aid (ECHO), 2005 (http://ec.europa.eu/echo/files/about/actors/fpa/2003/guidelines/project_cycle_mngmt_en.pdf, accessed 5 May 2010).

McGlade B, Mendorza VE, eds. *Philippine CBR manual: an inclusive development strategy*. Bensheim, CBM/ National Council on Disability Affairs (NCDA), 2009.

Ojwang VP, Hartley S. *Community based rehabilitation training in Uganda: an overview*. (<http://www.asksource.info/cbr-book/cbr04.pdf>, accessed 5 May 2010).

Shapiro J. *Monitoring and evaluation*. Johannesburg, World Alliance for Citizen Participation (CIVICUS) (undated) (<http://www.civicus.org/new/media/Monitoring%20and%20Evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

Thomas M. *Evaluation of CBR programmes* (<http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/workshop95/CBR%20evaluation.pdf>, accessed 5 May 2010).

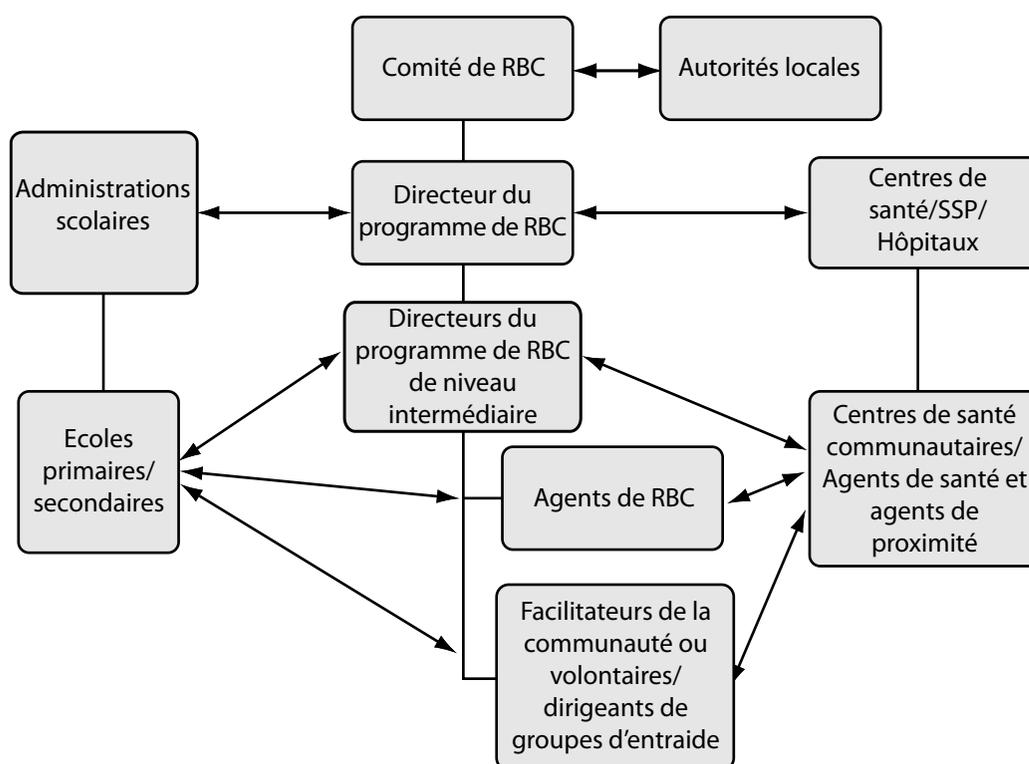
Thomas M, Thomas MJ, eds. *Manual for CBR planners*. Bangalore, Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal Group, 2003 (http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/Manual%20for%20cbr_planners.pdf, accessed 5 May 2010).

WWF standards of conservation project and programme management. WWF, 2007 (http://www.panda.org/what_we_do/how_we_work/programme_standards/, accessed 5 May 2010).

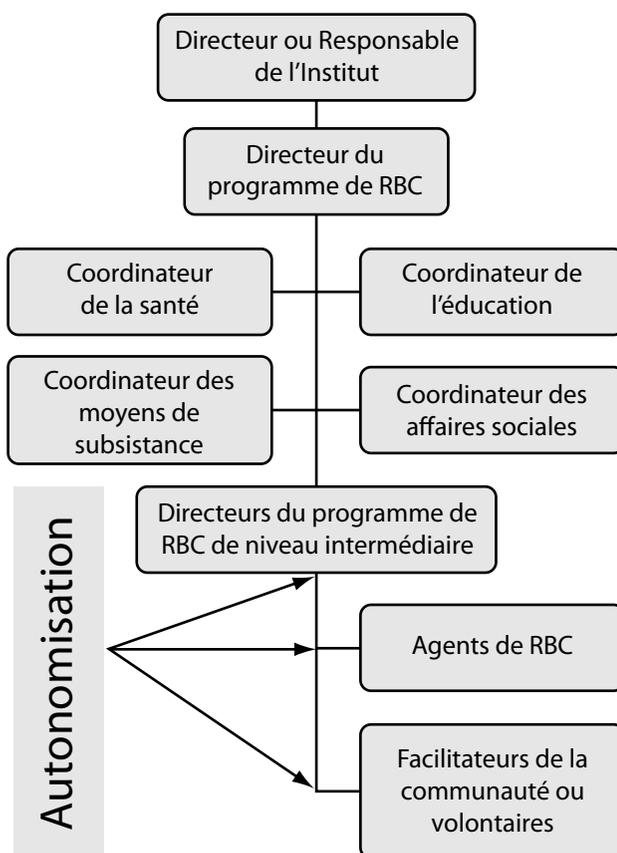
Zhao T, Kwok J. *Evaluating community based rehabilitation: guidelines for accountable practice*. Rehabilitation International Regional Secretariat for Asia and the Pacific/ Regional NGO Network for Asia and the Pacific Decade of Disabled Persons 1993 -2002/ Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific Region, 1999 (<http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/z00021/z0002101.html#contents>, accessed 5 May 2010).

Annexe : Exemples de structures de gestion des programmes de RBC

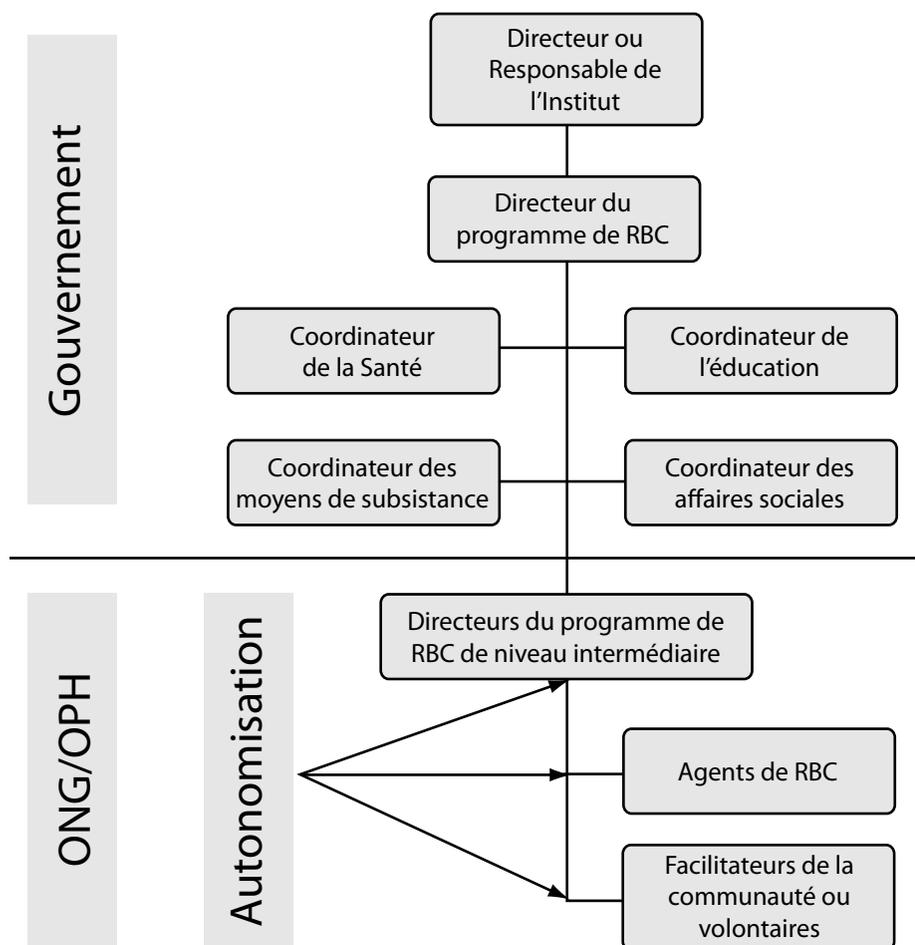
Programme RBC au niveau local



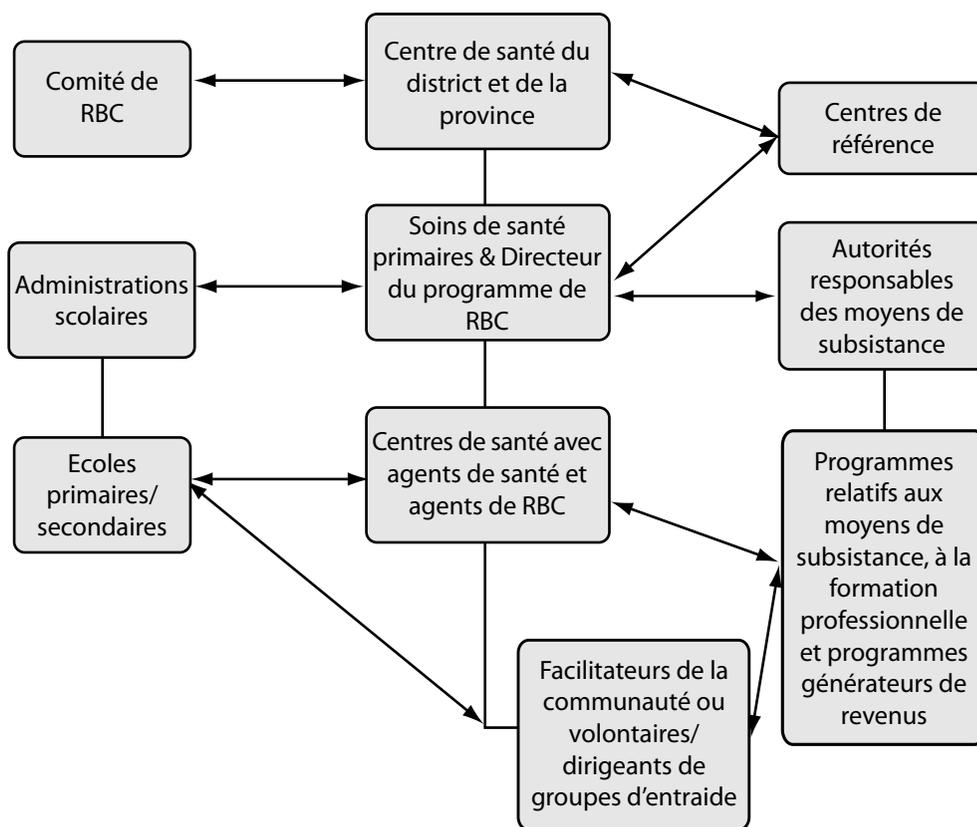
Programme de RBC, niveau du district /de la circonscription, géré par le gouvernement local ou les ONG



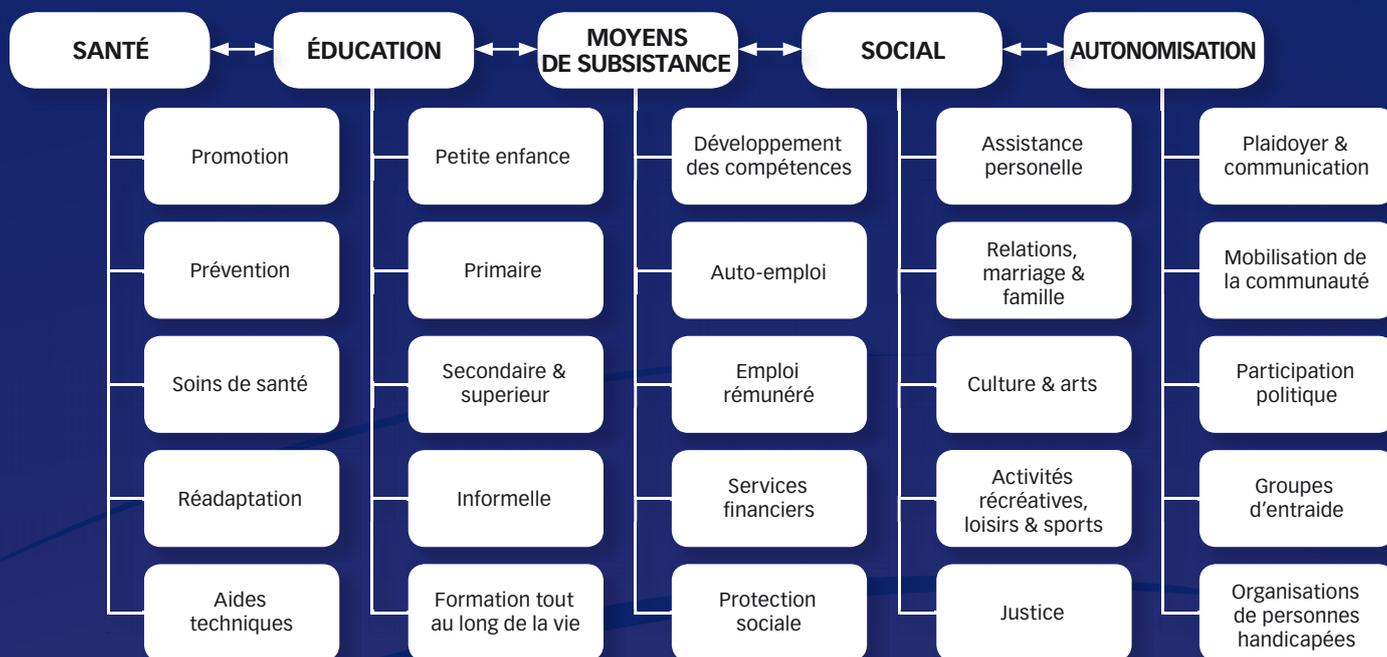
Programme de RBC dans le cadre d'un partenariat public-privé



Programme de RBC géré par le ministère de la Santé



MATRICE DE LA RBC



ISBN 978 92 4 254805 1

**Organisation mondiale de la Santé**

Avenue Appia 20

1211 Genève 27

Suisse

Téléphone: + 41 22 791 21 11

Télécopie: + 41 22 791 31 11