

820

Ahmadou Tidiane WONE

De: Awa Diop
Envoyé: 24 October 2002 11:11
À: Ahmadou Tidiane WONE
Objet: TR: documents for the CBR workshop in Cotonou



CBR.BENIN.doc.002.fr
.doc



CBR.BENIN.doc.003.fr
.doc



CBR_BENIN.doc.fr.001
.doc

-----Message d'origine-----

De : Ahmadou Tidiane WONE
Envoyé : mardi 22 octobre 2002 11:16
À : Awa Diop
Objet : TR: documents for the CBR workshop in Cotonou

-----Message d'origine-----

De : Dr Yankalbe
Envoyé : 22 October 2002 10:03
À : Ahmadou Tidiane WONE; Malang Coly
Objet : TR: documents for the CBR workshop in Cotonou

-----Message d'origine-----

De : Teklemichael, Dr. N - bny [mailto:teklemichaeln@afr.who.int]
Envoyé : mardi 22 octobre 2002 09:24
À : ANGOLA - ADM; ANGOLA - WR; BURUNDI - SEC; BURUNDI - WR; BURKINA FASO
- SEC; BURKINA FASO - WR; CONGO - WR; CONGO (RDC) - SEC; CONGO (RDC) -
WR; COTE D'IVOIRE - WR; GABON - AA; GABON - SEC; GABON - WR; RWANDA -
SEC; RWANDA - WR; SENEGAL - SEC; SENEGAL - WR; TOGO - AO; TOGO - SEC;
TOGO - WR
Objet : documents for the CBR workshop in Cotonou

Dear colleagues,

We are sending some of the documents that will be used in the CBR workshop in Cotonou 28 October to 01 November and please provide copies to the participants so that they can have a look at them before their arrival in Benin.

Best regards

Teklemichael

<<CBR.BENIN.doc.002.fr.doc>> <<CBR.BENIN.doc.003.fr.doc>>
<<CBR.BENIN.doc.fr.001.doc>>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Equipe de Handicapés et de Réadaptation de l'OMS (WHO/DAR)

Renforcement des Services de Réadaptation
Document de référence

A. Le Handicap : Diminution des capacités, Limitation de l'activité et Restriction de la Participation

Ces quelques dernières décennies ont vu naître le regroupement de personnes handicapées en organisations pour constituer des Associations de personnes Handicapées (APHs). Les handicapés militants ont sévèrement critiqué la vieille conception de la médecine à propos du handicap et ont soutenu que cette façon de considérer le handicap ne se penche que sur les individus considérés comme imparfaits et non sur la nécessité d'une 'réinsertion' et ne tient pas compte de la manière dont les sociétés élèvent des barrières à propos du Handicap. De ce fait elles ont proposé « un modèle social » de Handicap qui se concentre sur les différentes manières dont les obstacles physiques, psychologiques, culturels handicapent des personnes ayant différents besoins.

En mai 2001, L'Assemblée Mondiale de la Santé de l'OMS a approuvé un nouveau système de classification et a remplacé la Classification Internationale sur les Déficiences, les Invalidités et les Handicaps (ICIDH-WHO, 1980) qui a influencé de manière significative la façon dont on considère les diminutions et les handicaps principalement comme un problème médical et la manière dont les services médicaux de réadaptation sont planifiés et exécutés dans le cadre de La Classification Internationale de Fonctionnement, de Handicap et de Santé (ICF).

L'introduction du présent document explique que « la CIF s'est éloignée de la classification de « conséquence médicale » (version de 1980) vers une classification de « composantes de santé ». 'Les composantes de la santé' identifient les éléments constitutifs de la santé, alors que les 'conséquences' met l'accent sur les effets de la maladie ou les autres conditions de santé qui peuvent en découler comme conséquence. La CIF donnent d'autres définitions qui devraient remplacer les termes diminution, invalidité et handicap utilisé plus haut.

-Les diminutions sont les problèmes liés au corps ou à sa structure représentant une déviance grave ou une perte.

-Les limitations d'activités sont les difficultés

auxquelles un individu est confronté pour exécuter certaines activités

-Les restrictions de participation sont les difficultés que rencontre une personne à s'impliquer dans les situations de la vie quotidienne.

Le handicap est le terme général pour parler de diminution, de limitation d'activités ou de restriction de participation.

En ce qui concerne les services médicaux de réadaptation, le modèle social de handicap plaide pour une participation plus active des Personnes Handicapées dans toutes les prises de décisions qui touchent leurs vies et exige des professionnels de la santé qu'ils jouent le rôle d'animateurs pour la promotion pour une meilleure qualité de vie des Personnes Handicapées plutôt que mettre simplement l'accent sur les améliorations anatomiques fonctionnelles. Dorénavant, il serait également souhaitable que plus de Personnes Handicapées fasse partie du personnel, parce qu'elles pourront jouer le rôle de conseiller et représenter un modèle de rôle positif.

B. Dispositions Standards des Nations Unies et les Associations de Personnes Handicapées (APHs) :

Comme il a été dit plus haut, les APHs ont joué un rôle important dans l'élaboration d'un modèle social de handicap. Elles ont aussi joué un rôle primordial sur l'approche de la Réadaptation à Base Communautaire où une participation plus active des personnes handicapées, des membres de leurs familles et de leurs communautés est requise. Ils ont leur mot à dire dans l'organisation des différents services et peuvent aussi être des partenaires de valeur quant aux programmes de gestion des activités telles que la formation professionnelle, les activités génératrices de revenus, la prise de conscience de la communauté etc.

Raison pour laquelle, les activités des programmes de RBC comprennent le renforcement des APH et de leur réseau au niveau international, national et régional.

Cependant, le rôle le plus important des APH en matière de réadaptation peut être celui de promouvoir l'« approche des droits humains » face aux problèmes que rencontrent les Personnes Handicapées, en plaidant la cause des gouvernements et en les soutenant dans l'application de leurs politiques nationales et garantir l'égalité des chances pour les Personnes Handicapées.

Les Dispositions Standards sur l'égalité des Chances pour les Personnes vivant avec un Handicap, un document adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1993 donne des

indications importantes sur les droits des Personnes Handicapées. Il stipule que :

« Le principe d'égalité de droits signifie que les besoins de chacun et de tous les individus sont de même importance, que ces besoins doivent constituer la base pour la planification des sociétés, et que toutes les ressources doivent être utilisées de manière à assurer à chaque individu bénéficie d'une égalité de chances de participation».

Il existe 22 Dispositions Standards des Nations Unies, traitant toutes des différents aspects du droit des Personnes Handicapées à l'égalité des chances. En voici quatre d'entre elles : 1. Le Réveil des consciences ; 2. Les Soins médicaux; 3. La Réadaptation et 4. Les services d'Assistance sont les conditions sine qua non pour une participation équitable. L'Article 2 stipule que « les Etats doivent assurer la fourniture de soins sanitaires efficaces aux Personnes Handicapées ». Comme nous pouvons le comprendre selon les Dispositions 3 et 4, la réadaptation et les services d'assistance qui en découlent visent un objectif plus grand, à savoir l'autonomie, et non pas « simplement » celui d'améliorer les fonctions des Personnes Handicapées ; les services sont le moyen de donner aux Personnes Handicapées, les mêmes chances qu'à leurs concitoyens. L'égalité des chances d'aller à l'école, d'exercer un emploi, de participer aux différentes activités au sein de leurs familles, communautés, sociétés tout comme un citoyen normal.

Afin de fournir des soins de santé et de réadaptation adéquats aux Personnes Handicapées, il est nécessaire de former correctement du personnel à cet effet. Ce point est également mis en évidence dans la Disposition Standard N° 19 des Nations Unies. Formation du Personnel. Le Manuel des Règles Standards des Nations Unies donne d'importantes directives aux prestataires de services du gouvernement, mais également aux ONGs locales et internationales y compris les Associations de Personnes Handicapées (APHs) sur la planification et la mise à exécution de politiques et programmes sur le handicap et la réadaptation au niveau national.

C. Les SSP et la prévention primaire, secondaire et tertiaire

Les soins de santé primaire (SSP) renvoient aux services sanitaires de base qui devraient être dispensés dans ou près d'une communauté. Selon la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, les SSP doivent résoudre les problèmes de santé de base au sein de la communauté, en leur fournissant des services de promotion, de prévention, de traitements et de réadaptation. Ces quatre aspects des SSP sont liés aux trois aspects de la

prévention qui devraient être considérés comme un continuum.

- La prévention primaire (services de promotion sanitaire et de prévention de la maladie) s'effectue avant que la maladie ne se déclare ou que la blessure n'est lieu. Elle comprend des activités comme l'éducation sanitaire, la vaccination, le soutien nutritionnel et le contrôle de l'état de santé des groupes à risques tels que les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes etc.
- La prévention secondaire (services curatifs) comprend le dépistage précoce et le traitement des maladies et des blessures qui pourraient entraîner une diminution de la structure du corps et de son fonctionnement et par conséquent entraîner une limitation des activités.
- La prévention tertiaire (les services de réadaptation) s'occupe de la réduction des déficiences et des limitations des activités, par exemple les mesures pour la réadaptation.

Les limitations de participations sont influencées par plusieurs facteurs y compris les croyances sociales, les comportements, l'accessibilité physique, les lois, les facteurs environnementaux, etc. Par conséquent, en ce qui concerne la réadaptation au niveau tertiaire, en dehors des services de santé, il serait nécessaire que d'autres organismes ou ministères initient des activités supplémentaires d'où l'accent sur l'importance de l'approche pluri-sectorielle en matière de réadaptation.



C. Réadaptation à base institutionnelle, réadaptation par le public et Réadaptation à base communautaire :

Il existe trois approches ambitieuses à la fourniture des services de réadaptation.

- *L'approche de la réadaptation à base institutionnelle* : elle nécessite l'installation des personnes handicapées au sein d'institutions spécialisées et que les services de réadaptation sont de préférence prodigués par des spécialistes. Les centres de ce type fournissent des soins médicaux de très bonne qualité. Cette approche se concentre surtout sur les

déficiences et la limitation des activités. Dans le même temps, si les personnes handicapées ont besoin de séjourner dans des institutions pendant un long séjour, elles peuvent accroître la restriction de participation, l'isolement et la marginalisation. En général, les personnes handicapées et les membres de leur famille jouent un rôle limité ou passif dans la prise de décisions concernant les interventions au sein de ces institutions. La création de telles institutions serait coûteuse, leur coût de fonctionnement élevé et il ne sera pas toujours possible de trouver assez de personnes qualifiées pour y travailler. Dans la plupart des pays, de telles institutions sont basées dans les grandes villes et ne peuvent répondre aux besoins que d'un nombre limité de personnes handicapées dans le pays.

X - *L'approche de la réadaptation d'ouverture* : Elle exige que les spécialistes de la réadaptation rendent des visites régulières aux communautés et leur fournissent des soins de bonne qualité dans les centres de santé locaux ou dans les formations sanitaires mobiles. Cette approche vise principalement les limitations d'activités. Les Personnes Handicapées restent toujours chez elles et poursuivent leurs activités de la vie quotidienne. Quelquefois les Personnes Handicapées et les membres de leur famille peuvent également s'impliquer de manière plus active dans les interventions concernant leur propre réadaptation pendant que les professionnels de la santé contribuent au transfert de connaissances et de compétences. Cependant, la création et le fonctionnement de services de réadaptation ouverts au public demande d'énormes ressources. Il est parfois difficile d'identifier les professionnels qualifiés pour les services ouverts au public. En général de tels services sont seulement possibles dans les zones limitées près des grandes villes.

X - *L'Approche de la réadaptation à base communautaire (RBC)* : Elle exige l'implication et la formation limitée des personnels de santé ou autre personnel au niveau communautaire, qui peuvent enseigner les connaissances et les compétences de base aux Personnes Handicapées et aux membres de leurs familles en utilisant des outils tel que le manuel sur la RBC de l'OMS. Ainsi leur principal objectif sera les activités de la Vie Quotidienne (AVC) des Personnes Vivant avec un Handicap. L'implication de la communauté est encouragée afin d'avoir un impact sur les différents facteurs qui touchent les limitations de participations. Cependant une telle approche ne peut pas répondre à tous les besoins de réadaptation médicale de toutes les personnes handicapées et demande le soutien des SSP et parfois des services de réadaptation spécialisée. Ainsi les professionnels de la santé jouent le rôle d'animateurs et de formateurs dans l'approche RBC et devront apporter leur

soutien aux services de références.

Une combinaison de toutes ces approches offre un meilleur choix de prestations de services de réadaptation.

D. Changement radical en ce qui concerne les soins en cas d'états chroniques

A l'origine les systèmes de soins sanitaires avaient été développés pour faire face aux problèmes de santé graves. De ce fait, les services médicaux sont d'abord organisés pour des circonstances graves comme les maladies infectieuses, les blessures, etc., qui exigent des soins médicaux pendant des périodes limitées. Ces services médicaux n'existent pas pour répondre aux besoins des personnes qui se trouvent dans des états chroniques nécessitant des soins à long terme.

Ces dix dernières années ont enregistré un changement épidémiologique remarquable dans presque tous les pays du monde, où les états graves prédominent de plus en plus. Ainsi les maladies cardio-vasculaires, les diabètes, les arthrites, les états liés à la vieillesse et aux accidents etc, peuvent toutes constituer des causes majeures de morbidité sans l'aide des services médicaux. Plusieurs pays industrialisés, où les maladies infectieuses sont toujours importantes ont également enregistré une augmentation du nombre de personnes dans un état chronique. Quelques unes de ces maladies tels que la Tuberculose, le VIH/SIDA, la lèpre nécessitent des soins réguliers.

Toutefois, une disparité significative se fait sentir lorsque le modèle médical de soins développé est appliqué aux personnes qui se trouvent dans un état chronique. Les soins sanitaires pour les états chroniques sont par nature différents des soins prodigués dans le cas d'états chroniques. Les systèmes de santé n'ont pas suivi le rythme avec la baisse des maladies infectieuses et l'augmentation des états chroniques.

Un changement radical du système des soins de santé est impératif. Lorsque les soins médicaux dans les cas d'états chroniques sont fragmentés, que le court terme se concentre et se limite à certains spécialistes à l'intérieur du système, les malades s'en sortent mal. Les systèmes de santé pour les états chroniques doivent mettre l'accent sur les responsabilités des malades, valoriser les interactions, influencer les ressources des collectivités, coordonner les actions avec les différents fournisseurs. Ces mêmes valeurs requises dans les cas de soins réguliers aux personnes dans un état chronique sont aussi partagées par les programmes de RBC.

F. Les différents niveaux de services de réadaptation.

Les services de réadaptation spécialisée

Dans tous les pays, quelques services de réadaptation spécialisée sont créés au niveau national. La distribution des services se fait selon une approche hiérarchisée suivant laquelle ils sont élargis en les plaçant au niveau des provinces et des périphéries. En général de tels services ne sont pas disponibles hors de l'arrondissement (la région, le quartier).

Les professionnels de la santé exerçant dans des institutions spécialisées comprennent les médecins spécialistes, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes ; et le personnel des services prothétique et orthoptique. Les autres personnels qui peuvent faire partie de l'équipe de réadaptation comprennent les psychologues et les assistants sociaux, etc.

Le type de prestations offertes à chaque niveau varie énormément en fonction des pays. Dans la plupart des pays, le Ministère de la Santé offre des services de thérapie dans les hôpitaux nationaux et à l'intérieur du pays. Cependant les services de thérapie au sein des hôpitaux se concentrent souvent sur les systèmes de soins intensifs par exemple pour les personnes grièvement blessées, celles qui ont subi une opération ou qui viennent d'avoir une attaque qui les handicape, tel qu'un coup. Les services de réadaptation à long terme peuvent être apportés par des centres de réadaptation séparés ou les services des malades externes. Le renforcement puis ensuite la décentralisation des services de réadaptation spécialisée intégrés aux autres départements au niveau du centre hospitalier reste une préoccupation dans la plupart des pays en voie de développement.

Les Soins de Santé Primaire

Les Soins de Santé Primaire (SSP) évoquent les services de soins de santé de base disponibles dans ou près des collectivités. La composante la plus fragile des SSP est indubitablement la prévention tertiaire, par exemple les services de réadaptation. Dans beaucoup de pays, le personnel en SSP ne considère pas la prévention tertiaire et les états chroniques comme relevant de leurs responsabilités, mais comme étant la responsabilité à part entière du personnel spécialisé de la réadaptation. Les raisons possibles à cela en sont la formation inappropriée, la surcharge du volume de travail, etc.

Les responsabilités du personnel de SSP doivent se concentrer sur la divulgation de l'information de base afin de maintenir le niveau de fonctionnement le plus élevé possible et soutenir et superviser les activités de RBC. En outre, le personnel de santé primaire doit s'assurer que les personnes sont dirigées vers les services spécialisés lorsque cela s'avère nécessaire et qu'ils sont suivis de retour dans leur communauté.

Les principales responsabilités du personnel de SSP dans les soins tertiaires peuvent être, par exemple :

- Identifier les déficiences, par exemple, en dépistant le développement tardif des enfants qui se rendent dans les centres de santé pour la vaccination et les contrôles médicaux ;
- Maintenir une liste des services de réadaptation et les autres ressources disponibles à différents niveaux et diriger les personnes handicapées et en situation difficile comme il se doit ;
- Fournir les soins médicaux adéquats pour prévenir l'aggravation des déficiences des facultés. Pour cela, les SSP doivent bénéficier, par la formation et les services de références, du soutien de services spécialisés.

La Réadaptation à base communautaire

La RBC est une stratégie dans le cadre du développement communautaire général pour la réadaptation, l'égalité des chances et la réinsertion sociale de tous les enfants, les adultes en situation de handicap. La RBC est mise en œuvre par les efforts conjoints des personnes handicapées elles-mêmes, leurs familles, leurs communautés et les services sanitaires, éducationnels, professionnels et sociaux appropriés. La RBC a pour objectif d'impliquer toutes les personnes vivant avec n'importe quel type de handicap y compris le handicap sensoriel (sourd-muet), le handicap moteur, intellectuel ou comportemental. La RBC concerne toutes les tranches d'âge : les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées.

Lorsque la RBC est initiée par le gouvernement, en général, un seul Ministère s'en occupe. Il s'agit le plus souvent du Ministère des Affaires Sociales, mais quelquefois il peut s'agir de Ministère de la Santé. Parfois le Ministère des Affaires Sociales travaille en collaboration avec le Ministère du Travail, celui de la Santé ou avec le gouvernement local ou la communauté. Même si l'un des Ministères crée et coordonne les services de RBC l'implication des différents autres ministères du travail, des affaires sociales, de l'éducation et de la santé est essentielle au succès des services RBC.

Groupes communautaires/
ONGs locales

Travail

ONGs Internationales

Social

RBC

Santé

APH

Education

Entreprises commerciales

Collaboration pluri-sectorielle en matière de RBC

En ce qui concerne les services de réadaptation, les programmes de RBC peuvent jouer un rôle important dans le transfert de connaissances et de compétences aux Personnes Vivant avec un Handicap ainsi qu'aux membres de leur famille sur les activités de la vie quotidienne, les exercices simples, la production locale et l'assistance pour éviter la morbidité et le démantèlement des obstacles physiques. Ces activités ont besoin du soutien des CSP et des services de références (consultations ?).

Chaque pays décide de comment il va gérer son programme de RBC à différents niveaux. Certains pays peuvent disposer de coordinateurs, peut-être de comités à tous les niveaux administratifs. L'expérience a montré que le niveau de la municipalité est un point clé pour coordonner l'assistance à la communauté. Par conséquent, il est particulièrement important de nommer des Chefs de circonscriptions et peut-être de créer des comités municipaux, responsables des services de RBC. L'idéal serait que certains Directeurs Régionaux soient des hommes et des femmes vivant avec un handicap. Les tâches Du Directeur de Programme de la RBC au niveau régional, assisté du personnel intermédiaire comprend la supervision pour la formation et les activités des travailleurs de la communauté ; évaluer les activités du programme ; coordonner les comités de la communauté au sein du district, et jouer le rôle de lien entre les communautés de la municipalité et le représentant hiérarchique (à un haut niveau) ou le comité de la RBC.

Parce que la RBC appartient à la communauté, la mise à exécution de la RBC se fera sous la direction du comité de la

collectivité dirigé par le Chef du Village ou le Maire de la Ville. Parfois, la RBC sera sous la direction du comité de développement du village. Dans d'autres pays, il peut exister des comités de RBC séparés. De tels comités de RBC comprennent un représentant du Comité de développement de la communauté, des Personnes Vivant avec un Handicap, les membres de la famille des PVH, et d'autres membres de la collectivité impliqués.

Le comité de la RBC prend la responsabilité de faire face aux besoins identifiés par les personnes handicapées dans la communauté ; suscitant une prise de conscience de la communauté quant aux besoins, obtenir et partager l'information sur les services d'assistance aux personnes handicapées disponibles en dehors de la communauté, travailler avec les secteurs qui fournissent des services d'assistance pour renforcer et coordonner ces services et œuvrer au sein de la communauté pour promouvoir l'intégration des personnes handicapées dans les écoles, les lieux de travail, de loisirs, et les activités sociales. En plus de ces responsabilités, le comité pourrait collecter des fonds pour soutenir ces activités.

Les travailleurs de la RBC de la collectivité représentent une composante essentielle des programmes de RBC parce qu'ils transmettent l'information précise aux personnes handicapées sur ce qu'elles pourraient faire pour améliorer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes, à communiquer ou à se déplacer. Les travailleurs de la RBC de la collectivité sont en général des personnes travaillant déjà dans des secteurs d'activités / programmes tels que ceux des SSP. Ils transmettent l'information aux personnes handicapées et à leurs familles, par exemple des conseils sur les activités de réadaptation fonctionnelle de base, la création d'appareillage facile à utiliser afin d'accroître leur autonomie pour les tâches quotidiennes, l'utilisation du langage des signes ou l'utilisation d'une canne pour les aveugles. Parfois, ils peuvent aussi être des Volontaires exerçant en collaboration avec les autres employés assistants sociaux. Dans beaucoup de programmes de RBC, les personnes handicapées et leurs familles travaillent comme volontaires en RBC.

G. Réadaptation et Services Sociaux

Dans de nombreux pays, les ministères ou les départements chargés des Affaires Sociales, de la Prévoyance Sociale, du Travail sont responsables de certaines activités liées à la réadaptation médicale comme la fourniture orthoptique et prothétique. Ils peuvent également s'occuper d'autres aspects de la réadaptation tels que la formation professionnelle, l'intégration à l'emploi, l'aide aux coopératives et aux

activités génératrices de revenus, etc. Dans le même temps, les services sociaux peuvent ne pas disposer de leur personnel propre au niveau communautaire dans les zones rurales et peuvent recevoir des informations sur les personnes handicapées des communautés par le canal des travailleurs en santé communautaire et des services de SSP. Par conséquent, les services sociaux ont besoin d'être impliqués aux différents aspects de la réadaptation et peuvent avoir besoin de coordonner leurs actions avec les services de réadaptation médicales pour accroître l'impact des interventions de réadaptation. Les services sociaux font partie et peuvent diriger les comités de réadaptation aux niveaux national et régional.

H. Un système de santé intégré unique - organisation des centres de références entre les différents niveaux de services de réadaptation :

- Il est utile de considérer les différents services fournis dans un domaine en tant que partie intégrante du système sanitaire. Les prestations fournies par le secteur privé jouent un rôle important dans la majeure partie du pays. Les gouvernements doivent mettre sur pied une structure politique afin de faciliter leurs activités et éviter la duplication des activités.

Pour une réadaptation efficace et un continuum de soins, il faut créer un système de référence bien défini entre les services communautaires, les SSP et les institutions spécialisées ou les services sociaux. Dans le même temps, il serait utile de présenter à la communauté et aux services de SSP lorsqu'elles quittent ces institutions, les personnes soignées dans les centres spécialisés. En s'aidant mutuellement dans leur tâche et en assurant une circulation bilatérale de l'information, la qualité des services de réadaptation peut être améliorée. Pour cela, chaque niveau doit être au courant des rôles, des procédures et des limites des différents services. C'est possible si le personnel qui exerce dans les institutions spécialisées est informé et participe à certaines activités de formation au niveau de la communauté et des CSP. De même des cours de formation du personnel qui exerce dans les services de la communauté et les CSP doivent comprendre l'information concernant les centres spécialisés et si possible des visites doivent être effectuées dans certains de ces centres.

I. Contrôle et Evaluation des Services de Réadaptation :

Le contrôle consiste en la collecte des informations de base sur les différents services et activités en vue d'évaluer

*Cond. mult. -
sectorielle -
- l'impact sur
l'inf. de l'individu
multisectorielle*

l'évolution du fossé entre les besoins et les problèmes. Par exemple, le Ministère de la Santé peut contrôler le nombre de personnes ayant besoin de membres artificiels ou d'appareils auditifs ou de chaises roulantes. Sur la base de l'information collectée grâce au contrôle, les pays peuvent identifier quelques indicateurs qui leur permettraient de pour suivre des activités majeures. Par exemple le nombre de Personnes Vivant avec un Handicap ayant été orienté vers un service spécialisé peut être un indicateur sur le fonctionnement des services de références.

Indicateur
Taux de
Prévalence
Recensement
Fonctionnel

- L'évaluation est généralement un processus spécifique au cours duquel les personnes qui travaillent dans un service ou pour un programme ou les personnes externes peuvent examiner les différentes activités et leurs impacts de manière systématique. En général un programme d'évaluation des besoins se prépare à l'avance et contient les objectifs, les compétences et la méthodologie de l'évaluation ainsi définie. Tous les différents acteurs du service/programme ont leur rôle à jouer dans le processus d'évaluation.

E.P.P.
E.P.B.

- L'auto-surveillance et l'évaluation sont nécessaires afin de bénéficier des expériences et améliorations des services. Parfois il pourrait ne pas exister de processus de collecte d'informations régulière à propos de services de réadaptation. Cependant, il pourrait toutefois exister des sources générales d'informations telles que les enquêtes pour les statistiques de recensement qui peuvent fournir/ transmettre des informations sur les personnes handicapées et l'accès aux services de réadaptation dans leur pays.

E.P.P.

J. Travail en réseau et Echange d'information entre les différents pays :

Les pays possédant les mêmes acquis sociaux, culturels et linguistiques peuvent partager leurs expériences et leurs réussites réciproques. Ils peuvent aussi échanger leurs idées et leurs ressources, en particulier lorsqu'il s'agit de matériels didactiques, ateliers de formation, de personnes ressources etc. C'est la raison pour laquelle le travail en réseau, l'échange d'information entre les différents pays peut être une contribution importante pour le renforcement des services de réadaptation.

K. Réunion inter -pays et renforcement des services de réadaptation au Népal, 26-30 avril 2002 :

Le programme de Handicap et de Réadaptation de l'OMS comporte un nombre d'objectifs tels que celui de représenter l'élément catalyseur du débat général et la restructuration des services sanitaires et sociaux, qui se concentre sur les besoins des

personnes handicapées et les groupes vulnérables ; promouvoir la recherche, l'évaluation et l'éducation en RBC et la technologie appropriée afin d'identifier les concepts, les approches et les types de pratiques, encourager le débat et la discussion sur le soutien social et les stratégies de soins médicaux comme partie intégrante du continuum de la réadaptation ; rester en contact avec les bureaux régionaux et les services d'états pour l'échange d'informations sur les pratiques et les priorités etc. Le travail de l'équipe de H&R (DAR) se penche sur trois composantes majeures à savoir, le développement d'une politique, la révision de la RBC, et le renforcement des services de réadaptation.

En gardant à l'esprit ces activités de l'équipe de H&R de l'OMS, il a été décidé d'organiser des réunions des pays au niveau régional pour renforcer les services de réadaptation. A chaque réunion, les pays voisins qui rencontrent les mêmes problèmes et services créeront un réseau et ainsi partager, chacun leurs expériences. Il a été également décidé de limiter à 6 le nombre de pays participant, étant que cela revient à rassembler 18 à 20 personnes et composer des groupes de discussions efficaces sur une période de 2 à 3 jours. Pour ce qui concerne la période 2001-2002, ces réunions inter - pays ont eu lieu au Cambodge, au Liban, en Erythrée et au Nicaragua.

Les objectifs de cette réunion inter- pays à laquelle participent des représentants du Bangladesh, de Bhutan, d'Inde, du Népal, du Sri Lanka et de la Thaïlande devrait pouvoir constituer un forum inter - pays pour :

- Identifier les bonnes pratiques en matière de réadaptation et les leçons à en tirer afin de renforcer les services de réadaptation dans les pays participant du Bureau Régional de l'Asie du Sud-Est ;
- Générer des recommandations et réviser la stratégie sur le H&R et renforcer les services de réadaptation (document de travail) ;
- Apporter les recommandations aux Ministères pour améliorer la collaboration pluri-sectorielle ;
- promouvoir le dialogue Sud- Sud sur les expériences en matière de prestations de services de réadaptation.

I. Conclusions

Les services de réadaptation spécialisés, les services de SSP et la stratégie de RBC, ont chacun un rôle spécifique dans la promotion de l'amélioration de la qualité de vie des Personnes Handicapées. Alors que les centres de réadaptation spécialisés et les centres de santé primaire font partie intégrante des services de santé sur le plan national, les stratégies de RBC

devraient être pluri-sectorielles avec un accent particulier sur les centres de santé.

Etant donné que les services de réadaptation spécialisés sont hiérarchisés et que les programmes RBC sont mis en œuvre grâce à une approche du Bas vers le Haut, les SSP peuvent être « leur point de jonction » naturel et fournir la structure nécessaire pour relier le travail communautaire avec les services spécialisés au niveau national.

- Il est important de promouvoir la coopération entre les services de réadaptation spécialisée, les Centre de Santé Primaire (CSP) et les programmes de RBC parce cela pourrait améliorer le résultat général des programmes de réadaptation. La formation doit être assurée aux Personnes des CSP pour leur contribution à la prévention tertiaire, et aux travailleurs en RBC pour leur contribution au sein de la communauté. Les spécialistes de la réadaptation et les Personnes Vivant avec un Handicap doivent être impliquées au développement d'un programme d'enseignements et même à la formation elle-même. En outre, les professionnels de la santé de la rééducation doivent bénéficier d'une formation et de l'information sur les SSP, la RBC et les droits des Personnes Vivant avec un Handicap.

- L'objectif de renforcement des services de santé et de réadaptation aux Personnes Vivant avec un Handicap A plus de chances de réussir si toutes les trois approches sont encouragées et renforcées de façon coordonnée. Ceci demandera souvent que des politiques et des stratégies de réadaptation nationales soient développées y compris des mécanismes et des indicateurs précis pour le contrôle et l'évaluation du fonctionnement de ces services à différents niveaux.

Les Personnes Vivant avec un Handicap ont un rôle important à jouer en ce qui concerne les activités de réadaptation et elles doivent être assistées et informées sur leur propre condition afin de jouer le rôle de partenaires efficaces pour les prestataires de services.

MARQ

QUESTIONS TYPE SUR DIFFERENTS SUJETS POUR DES TRAVAUX DE GROUPES

27 NOVEMBRE 2001

1. 'RBC : Implication au niveau local'

- En quoi consiste la communauté locale dans votre pays ?
- La communauté locale est-elle impliquée dans votre pays ?
- Les Personnes Vivant avec un Handicap sont-elles impliquées dans votre pays ? Qu'est-ce qui ressort de leur participation ?
- Existe t-il des comités locaux en matière de réadaptation dans votre pays ?
- Qui sont les membres de la communauté locale dans votre pays ?
- Quel rôle jouent-ils en matière de réadaptation ?
- Existe t-ils des 'volontaires' dans votre pays ?
- Quel rôle jouent-ils en matière de réadaptation des Personnes Handicapées dans votre pays ?
- Est-ce que l'on reconnaît le travail des Volontaires ? Si oui, de quelle manière ?
- Qu'entendons-nous par le terme 'durabilité' ?
- Quel est l'impact d'une implication locale sur l'amélioration de la durabilité ?
- Le niveau d'implication de la communauté locale dans votre pays est-elle satisfaisante ?
- Si non, comment peut-on renforcer l'implication locale de la communauté ?
- Avez-vous des exemples d'une implication efficace de la communauté locale dans votre pays ?
- Comment a-t-elle pu se faire ?

2. 'RBC : l'Aspect Pluri-sectoriel'

- Que signifie 'pluri-sectoriel' ?
- La RBC est-elle uni-sectorielle ou pluri-sectorielle dans votre pays ?
- Quels sont les différents secteurs impliqués dans la RBC dans votre pays ?
- Qui est responsable lorsqu'il existe plusieurs secteurs ?
- Existe-il une collaboration entre les différents secteurs dans votre pays ?
- Est-elle solide dans votre pays ?
- De quelle manière peut-on renforcer la collaboration pluri-sectorielle ?

QUESTIONS TYPE SUR DIFFERENTS SUJETS POUR DES TRAVAUX DE GROUPES

- Avez-vous des exemples de coordination pluri-sectorielle efficace en matière RBC dans votre pays ?
- De quelle manière s'est-elle faite ?
- Qu'est-ce que les APHs (Associations de Personnes Handicapées)? Existe-t-il des exemples d'APH dans votre pays ?
- Participent-elles à la RBC dans votre pays ?

28 Novembre 2001

3. 'La Réadaptation dans les CSP'

- Quels types de services sont offerts par les Centres en Santé Publique (CSP) dans votre pays ?
- La réadaptation fait-elle partie intégrante des CSP dans votre pays ?
- Quels genres de services de réadaptation sont disponibles dans votre pays ?
- Existe-t-il des exemples de services de réadaptation fournis par les CSP dans votre pays ?
- Quelles sont les conditions des services de réadaptation dans les CSP ?
- Comment cela est-il géré dans votre pays ?
- Y a-t-il une supervision des services de réadaptation dans votre pays ?
- Comment se fait la supervision ?
- Quel rôle jouent les médecins et les infirmiers (ères) dans les services de réadaptation dans les CSP dans votre pays ?
- Quel est le rôle des assistants sociaux en santé communautaire au niveau des CSP dans votre pays ?
- Existe-t-il des différences dans le type d'activités qu'exercent les assistants sociaux en santé communautaire et celui des Volontaires, des membres des familles ou des Personnes Handicapées ?
- Les services de réadaptation existant au sein des CSP dans votre pays sont-ils solides ?
- De quelle manière peut-on renforcer les services de réadaptation dans les CSP dans votre pays ?

QUESTIONS TYPE SUR DIFFERENTS SUJETS POUR DES TRAVAUX DE GROUPES

29 Novembre 2001

4. 'Les Services de Réadaptation Spécialisés'

- Quels sont les différents types de services de réadaptation disponibles dans votre pays ?
- Quels sont les professionnels généralement habilités à fournir des services de réadaptation spécialisés dans votre pays ?
- Où se trouve le personnel thérapeute, prothétique et orthoptique et les médecins spécialisés en réadaptation dans votre pays ?
- Quel rôle joue les services de réadaptation spécialisée ?
- En quoi consistent les fonctions des différents professionnels impliqués dans les services de réadaptation spécialisée ?
- Comment les Personnes Handicapées ont-elles accès aux services de réadaptation spécialisée dans votre pays ?
- Existe t-il un suivi des services spécialisés dans votre pays ?
- Existe-il des exemples de services de réadaptation spécialisée de qualité dans votre pays ?
- De quelle manière peut-on renforcer les services de réadaptation dans votre pays ?
- Les services spécialisés et les spécialistes soutiennent-ils les CSP et la RBC de quelque manière que ce soit dans votre pays ?

5. 'Création d'un système de réadaptation : Relation entre les différents niveaux'

- Le système de réadaptation est-il fonctionnel à un seul ou plusieurs niveaux dans votre pays ?
- Combien de niveaux doit avoir un système de réadaptation ?
- Existe t-il une coordination entre les différents niveaux de réadaptation dans votre pays ?
- De quelle manière cette coordination a t-elle ou est-elle développée et renforcée ?
- L'échange d'information a t-elle un rôle à jouer (RBC-CSP et CSP/Services spécialisés en matière de RBC) dans le renforcement de la coordination entre les différents niveaux ?

Y a une réaction disponible, quel quelle soit, des services spécialisés des CSP/RBC et vice versa dans votre pays ?

QUESTIONS TYPE SUR DIFFERENTS SUJETS POUR DES TRAVAUX DE GROUPES

- Quel rôle jouent les services de réadaptation spécialisée en relation avec les CSP dans votre pays ?
- De quelle manière les services de réadaptation spécialisée peuvent-ils renforcer le travail des travailleurs des CSP ?
- Quel rôle les CSP jouent par rapport aux Volontaires dans votre pays ?
- De quelle manière les CSP peuvent-ils soutenir le travail des Volontaires ?
- Existe-t-il des exemples de bonne pratique de coordination au sein du système de réadaptation dans votre pays ?
- De quelle manière a-t-elle pu se faire ?

6. 'Contrôle et Evaluation des Services de Réadaptation'

- Quel type de données est généralement réuni en matière de Handicaps dans votre pays ?
- Existe-t-il un bureau central où les informations sur les différentes activités de réadaptation dans le pays sont collectées, y compris les services de réadaptation privés et non - gouvernementaux ?
- Existe-t-il une activité pour coordonner les services de réadaptation à différents niveaux dans votre pays ?
- Avez-vous déjà effectué une quelconque évaluation officielle sur les services de réadaptation dans votre pays ?
- Disposez-vous d'une politique et d'une législation au niveau national en matière de Handicap ?
- Les Personnes Handicapées et leurs familles ont-elles l'occasion d'exprimer leur opinion sur la qualité des services de réadaptation ?
- Avez-vous quelques indicateurs au niveau national sur le Handicap et les services de réadaptation ?
- Dans quelle mesure le système de contrôle et d'évaluation des services de réadaptation peut être renforcé dans votre pays ?

AVANT-PROJET IV

SEMINAIRE INTER-PAYS SUR L'AMELIORATION DES SERVICES DE READAPTATION (COTONOU, BENIN, du 28 octobre au 1 novembre 2002)

1. INTRODUCTION

L'OMS évalue à environ 300 millions le nombre de personnes handicapées dans le monde et plus de 70% d'entre elles vivent dans les pays en voie de développement. Par conséquent, une grande partie de la population handicapée vit en Afrique et nécessite des services de réadaptation adaptés.

En général, des institutions spécialisées souvent sous autorité médicale fournissent des services de réadaptation aux personnes handicapées. Dans la région africaine, une nouvelle conception s'est progressivement développée selon laquelle, outre les services médicaux de qualité, une importance significative est accordée à l'implication des communautés, des familles et des personnes handicapées elles-mêmes. de manière à ce que ces dernières soient à même de surmonter l'aspect paralysant de leur déficience dans un environnement social normal. Il est de plus en plus admis que même la personne ayant un handicap sévère, peut dans une large mesure, vivre de manière autonome, pour peu que des services de soutien adéquats lui soient fournis. Ceci rejoint la reconnaissance actuelle des droits humains sur l'égalité des chances qui constitue l'une des règles standards des Nations au sujet des personnes handicapées.

Plus récemment, il y a eu une tendance s'est développée et porter un accent particulier sur l'intégration des services au sein des installations publiques générales en accord avec l'approche intersectorielle.

De son côté, l'OMS a plaidé en faveur du développement de la réadaptation à base communautaire (RBC) comme élément constitutif des Soins de Santé Primaires ainsi qu'il a été défini en 1978 dans la déclaration d'Alma-Ata. Au cours des dix dernières années un certain nombre d'actions a été initié, à savoir :

- En 1992, deux séminaires inter-pays ont été organisés à l'attention des pays anglophones et francophones respectivement pour sensibiliser les pays membres sur la création de services de réadaptation à base communautaire.
- En 1994, 24 directeurs en réadaptation à base communautaire venant de 12 pays anglophones ont suivi une formation de formateurs sous la direction de la RBC.
- En février 1995, le bureau Régional de l'OMS a participé à l'élaboration d'un programme universitaire sur la réadaptation à base communautaire à l'attention des pays francophones.
- En septembre 1995 un document intitulé « Prévention du Handicap et Réadaptation – Analyse d'une situation régionale et futures tendances » a été présenté dans RC 45 et une résolution en est ressortie. Découlée.
- En 1991, une évaluation sur les prestations de services aux personnes handicapées a été effectuée dans 26 pays de la région africaine et a indiqué que la majorité des pays membres ont encore recours aux services de réadaptation des institutions spécialisées qui sont souvent extrêmement coûteuses et ont une couverture limitée avec une implication infime des personnes handicapées elles-mêmes, des familles et de la communauté.
- En 2001, un séminaire à l'attention de six pays - membres anglophones s'est tenu en Erythrée. Les rapports montrent que le séminaire a été un succès.

En dépit de l'expression d'intention et de quelques actions pratiques prises, la plupart des pays membres n'ont ni montré un intérêt quant à la nécessité de la réadaptation, et n'en ont pas fait un programme prioritaire non plus. Actuellement, la plupart des services de réadaptation sont souvent très centralisés et localisés à des niveaux très élevés de la structure hiérarchique des services de santé. Ce qui réduit l'accessibilité de la population pauvre et des milieux ruraux où 75 – 80% des personnes handicapées vivent.

En outre, alors que l'initiative pour intégrer la réadaptation dans les SSP a été reconnue comme étant la voie la plus sûre pour permettre une couverture plus large des services y compris dans les domaines de la santé mentale, neurologique et les aspects sociaux, peu de progrès ont été enregistrés.

Le présent atelier inter- pays proposé par l'OMS s'adresse à 11 pays francophones.

2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENTUS

2.1 Objectif général

Etablir une compréhension commune sur la réadaptation à base communautaire pour les personnes handicapées dans le cadre des Soins de Santé Primaires et formuler les recommandations nécessaires pour son exécution par les pays participants ainsi que les différents acteurs.

2.2 Objectifs spécifiques

2.2.1 S'accorder d'un programme d'intégration de la RBC au sein des structures de SSP.

2.2.2 Atteindre un consensus sur les composantes- clé de la nature pluri -sectorielle de la RBC et formuler des programmes pour son exécution

2.2.3 Posséder l'information actualisée sur les différents types de RBC disponibles dans les pays participants.

2.3 Résultats espérés

2.3.1 Définition des étapes pratiques pour intégrer la RBC comme composante des structures de SSP.

2.3.2 Identification des principaux éléments constitutifs de la RBC et définition des rôles des secteurs.
Collecte et assemblage de l'information sur les différents types de RBC dans les pays participants.

3. SUIVI

3.1 A court -terme (1-6 mois)

- Finalisation du rapport d'atelier et sa distribution aux participants et institutions concernées
- Dissémination de toute autre information à propos de la RBC
- Création d'un réseau entre les participants et les institutions

3.2 A moyen terme (6-24 mois)

- Des évaluations centrées sur les recommandations et les conclusions du séminaire seront effectuées dans chaque pays participant et des rapports officiels distribués

3.3 A long terme (24-60 mois)

- Une autre évaluation du programme en cours centrée sur sa 'durabilité'

4. METHODE DE TRAVAIL

- 1) Séances Plénières
- 2) Séances de travail en groupes

5. DOCUMENTS

5.1 Documents de travail

- Le document de travail utilisé lors du Séminaire d'Asmara sera mis à jour et traduit en anglais conjointement par le DAR/HQ et le DPR/AFRO

5.2 Documents de référence

- Les Dispositions Standards des NU sur l'égalité des Chances pour les Personnes Handicapées, Sections I et II (OMS 2001)

Réadaptation des Victimes de Torture, publication du Conseil International sur la Réadaptation Pour les Victimes de tortures (IRCT), Copenhague 2000.

Statut de Handicap et de Réadaptation – Analyse des problèmes de Handicap et services de Réadaptation dans 26 pays africains, (OMS, mai 2000)

Prévention du Handicap et Réadaptation – Analyse d'une situation régionale et tendances à venir (AFR/RC/15, 30 May, 1995)

Handicap, Réadaptation et Evaluation Economique de la Santé, Dick Johnson, Université de Linköping (2001)

5. LIEU ET DATES

6.1 Dates : 28 octobre – 1 novembre 2002

6.2 Lieu : Cotonou, Bénin

6. LANGUE

Français

7. PARTICIPANTS

8.1 Financement de l'OMS

a) Trois participants de chacun des pays suivant (à l'exception du Bénin qui en comptera 9 participants) : Angola, Bénin, Burundi, Burkina Faso, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, République Démocratique du Congo (RDC), Gabon, Rwanda, Sénégal et Togo.

B) Deux animateurs : Un du DAR/HQ et un autre du DNC/AFRO

Nombre total des participants (OMS) : 46

8.2 Financement autre que celui de l'OMS

Le WCO au Bénin entreprendra les démarches nécessaires pour savoir s'il y a des participants à leur propre compte

8.3 Nombre total de participants : 46 (plus les participants qui se prennent en charge eux-mêmes, s'il en a au Bénin)

8.4 Secrétariat

8.4.1 WR/Bénin

8.4.2 DNC/AFRO

8.4.3 DAR/HQ

9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

9.1 DR a approuvé

9.2 Le WR contactera les autorités béninoises pour obtenir leur accord afin que le séminaire ait lieu à Cotonou.

9.3 le recrutement des animateurs se fera de commun accord par le DNC/AFRO et le DAR/HQ.

N°	Pays	Nombre de participants	Prix unitaire du billet (USD)	Coût total du transport	Taux Per Diem Journalier	Nbre de jours	Total des per diem	Coût Total En dollars Us
1	Angola	3	120	3612	104*	7	2184	5796
2	Bénin	9	-	-	26	5	468	1170
3	Burkina Faso	3	482	1446	104	7	2184	3630

4	Burundi	3	1440	4320	104	7	2184	6504
5	Congo-Brazza	3	675	2025	104	7	2184	4209
6	Côte d'Ivoire	3	270	810	104	7	2184	2994
7	RDC	3	1314	3942	104	7	2184	6126
8	Gabon	3	465	1395	104	7	2184	3579
9	Rwanda	3	2073	6219	104	7	2184	8403
10	Sénégal	3	780	2340	104	7	2184	4524
11	Togo	3	85	255	104	7	2184	2439
	TOTAL							49374

9.3 Les dispositions administratives locales seront prises pas le WCO.

9.3.1 BUDGET

9.3.2 Coût estimatif du séminaire

Selon le tableau ci-dessus le coût du séminaire sera d'environ 50.000 Dollars américains

9.3.3 Source de financement

Un montant d'environ 50. 000 dollars américains seront attribués au N° d'allocation AF/ICP/DPR/000/RB/02 (Code AMS :2005309)

Ceci couvrira : a) le coût des billets avion retour et les per diem des participants

b) les dépenses locales (transport local, les équipements pour la conférence, les fournitures etc.

Le paiement des animateurs et les contributions financières supplémentaires proviendra du DAR/HH

Les coûts estimatifs locaux sont en cours de préparation par le WCO du Bénin

10. ORDRE DU JOUR

- i) Cérémonie d'ouverture
- ii) Election de la présidence
- iii) Vue d'ensemble des services de réadaptation
- iv) Dispositions standards des Nations Unies sur l'égalité des chances pour les Personnes Handicapées
- v) Exposés des pays sur les services de réadaptation
- vi) RBC – le rôle de la communauté
- vii) RBC – l'aspect pluri-sectoriel
- viii) L'Intégration de la RBC dans les SSP
- ix) RBC et le secteur privé
- x) Evaluation des services de réadaptation dans les pays participants
- xi) Plan d'action de la RBC dans les pays participants

11. PROGRAMME DE TRAVAIL PROVISoire

PREMIERE JOURNEE : Lundi 28 octobre 2002

Heure	Activité	Personne Responsable
8 :30-9 :00	Inscription et dispositions administratives	
9 :00-9 :30	Cérémonie d'Ouverture Allocutions de bienvenue des participants Discours du DR Déclaration du DAR/HQ Déclaration du Ministre de la Santé	DPR/AFRO WR/Bénin DAR/HQ
9 :30-9 :40	Intersession	
9 :40-10 :00	Introduction, élection d'un Président, d'un Vice-Président et des Rapporteurs	DPR/AFRO et DAR/HQ

	Remarques d'introduction Adoption d'un ordre du jour et programme de travail Objectifs de la réunion et résultats escomptés	Le Président Le Président DPR/AFRO & DAR/HQ
10 :00- 10 :30	Pause-café	
10 :30- 11 :00	Exposé de l'OMS – Passage en revue des services de Réadaptation	Animateur
11 :00- 11 :30	Discussions	
11 :30- 12 :00	Règles Standards des Nations Unies sur l'égalité des chances pour les Personnes Handicapées	Animateur
12 :00- 13 :00	Discussions	
13 :00- 14 :00	Déjeuner	
14 :00- 15 :30	Exposés des pays : Angola, Bénin, Burundi, Congo, RDC	Animateur
15 :30- 16 :00	Pause Café/thé	
16 :00- 17 :30	Exposés des pays : Rwanda, Sénégal, Gabon, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo	Animateur

DEUXIEME JOURNEE : Mardi 29 octobre 2002

Heure	Activité	Personne Responsable
9 :00- 11 :00	Discussions à propos des exposés de 11 pays	Animateur
10 :30- 11 :15	Pause-Café	
11 :00- 13 :00	Présentation de la RBC – le Rôle de la communauté	Animateur
13 :00- 14 :30	Déjeuner	
14 :30- 16 :00	Groupe de travail : RBC – Le Rôle de la Communauté	Animateur
16 :00- 16 :30	Pause-Café	
16 :30- 17 :30	Rapport des groupes de travail et discussions	Animateur

TROISIEME JOURNEE : Mercredi 30 octobre 2002

Heure	Activité	Personne Responsable
9 :00- 10 :00	Présentation sur la RBC – l'Aspect pluri-sectoriel	Animateur
10 :00- 10 :30	Pause-Café	
10 :30- 12 :00	Séance de Travail sur l'aspect pluri-sectoriel de la RBC	Animateur
13 :00- 14 :00	Exposé sur l'intégration de la RBC au sein des SSP	Animateur
15 :30- 16 :00	Pause-Café	
16 :00- 17 :30	Séance de Travail sur l'Intégration de la RBC in la structure des SSP	

QUATRIEME JOURNEE : Jeudi 31 octobre 2002

Heure	Activité	Personne Responsable
9 :00-9 :30	Rapports des groupes de travail et discussions	Animateur
9 :30-10 :00	RBC-Le Rôle du Secteur Privé	Animateur
10 :00-10 :30	Pause-Café	
10 :30-12 :00	Séance de Travail en groupe	Animateur
12 :00-13 :00	Rapports des groupes de travail et discussions	Animateur
13 :00-14 :00	Déjeuner	
14 :00-15 :30	Exposé sur les services de réadaptation spécialisés	Animateur
15:30-16:00	Pause-Café	
16 :00-17 :30	Séance de travail sur les services de réadaptations spécialisés	Animateur

CINQUIEME JOURNEE : Vendredi 1 Novembre 2002

Heure	Activité	Personne Responsable
9 :00-9 :30	Rapports des travaux en groupes et discussions	Animateur
9 :30-10 :00	Exposé sur l'évaluation des services de réadaptation	DPR/AFRO & HQ
10 :00-10 :30	Pause-Café	
10 :30-12 :00	Séance de Travail en groupe	DPR/AFRO & DAR/HQ
12 :00-13 :00	Rapports des travaux de groupe et discussions	DPR/AFRO & DAR/HQ
13 :00-14 :00	Pause déjeuner	
14 :00-15 :30	Présentation d'un plan d'action de chacun des groupes de pays	Animateur
15 :30-16 :00	Pause-Café	
16 :00-17 :00	Recommandations et Conclusions	DPR/AFRO & DAR/HQ
17 :00-17 :30	Séance de Clôture	WR/Bénin