

PROGRAMME NATIONAL DE RÉADAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE



**DOCUMENT DE STRATÉGIE
RÉADAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE
POUR LA
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

APPUI DE :

**HANDICAP
INTERNATIONAL**
Vivre debout

cbm
christian blind mission
together we can do more

SENSORIAL HANDICAP CORPORATION

SHC



DÉDICACE

La République Démocratique du Congo, pays sortant d'une longue guerre qui a non seulement occasionné des pertes en vie humaine mais surtout à alourdi le tableau déjà précaire des infirmités dans notre pays.

En ce moment de l'histoire, de notre pays où les institutions légitimes sont mis en place avec toutes les réformes attendues, le Ministère de la Santé avec ses partenaires mettent en place une nouvelle stratégie de renforcement du système de santé, permettant à nos populations d'accéder à des soins de santé répondant aux critères définis à Alma Ata et aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD). A travers les différents programmes du Ministère, les interventions prioritaires doivent être conçues pour l'atteinte de ces nouveaux objectifs.

L'une des faiblesses identifiées dans notre système sanitaire est la non intégration des interventions de réadaptation dans le système des Soins de Santé Primaires (SSP) permettant à la personne handicapée d'accéder à des services de santé et sociale de qualité à moindre coût, en vue d'égaliser ces chances de survie avec les autres membres de la communauté.

Suite à ce constat, les interventions ont été menées de façon disparate, sans une vision concertée qui s'appuie sur la stratégie RBC.

Ainsi, le pays se retrouvait sans définition claire de ce qu'il doit faire et/ou d'orienter les interventions.

Les opportunités actuelles et l'ouverture des partenaires vers une vision d'ensemble et de consolidation des acquis. La normalisation et la coordination qui sont des attributs clés au niveau national, permettent à tous acteurs, de se ranger vers la visitation des expériences au regard de la stratégie internationale en vue de son adaptation au pays.

Pour combler ce vide stratégique et permettre au pays de disposer d'une stratégie claire en la matière, l'élaboration du présent document fait partie intégrante des activités de routine à intégrer dans la zone de santé ; en associant les autres secteurs impliqués. Cet outil important retrace les éléments essentiels de mise en œuvre des interventions RBC aussi bien à l'attention des acteurs RBC que des partenaires à différents niveaux.

Tous les responsables de santé et des autres secteurs impliqués à tous les niveaux sont invités à soutenir et à respecter les indications contenues dans le présent document afin de standardiser le processus de mise en œuvre de la RBC en RDC.

Nous encourageons tout acteur RBC et partenaire à s'investir pour que le paquet d'activités soit réellement implanté et permettra au pays d'atteindre les objectifs de développement du Millénaire.

Ministre de la Santé

Dr. Victor MAKWENGE KAPUT

AVANT- PROPOS

A travers ce document de stratégie RBC, le PNRBC tient à remercier son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé pour son implication personnel et sa promptitude d'Homme d'Etat d'avoir perçu la problématique du handicap en RDC et en y apportant son soutien moral, technique pour sortir la vision pays en vue d'améliorer la situation des Personnes vivant avec Handicap.

Nos remerciements adressent également à nos partenaires dont HIB, CBM, SHC pour leur appui financier et technique à l'élaboration du présent document.

Nos remerciements sont adressés aussi auprès des autres partenaires et lecteurs qui ont accepté de prendre de leur temps pour réfléchir avec nous et construire ensemble. Ceux qui ont contribué de près ou de loin ont contribué de diverse manière à la réalisation ce présent document de stratégie, veuillent trouver notre grande gratitude

Au nom de son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé, nous exprimons nos sincères soucis de faire de la personne vivant avec handicap, un homme comme les autres en égalisant dans la compétitivité ces chances tel que nous est recommandé dans la convention internationale des personnes handicapées et la constitution de la 3^e République.

Directeur du Programme National RBC

Mr MASUGA MUSAFIRI w.

ABREVIATIONS

AGR	Activité Génératrice de revenu
AVC	Accident Vasculaire cérébral
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CAC	Cellule d'Animation Communautaire (du village ou de la rue)
CS	Centre de Santé
CBM	Christoffel Blinden Mission ou Christian Blind Mission
CRC	Comité de Réadaptation communautaire
CODESA	Comité de Développement de l'aire de Santé équivalent du CRC
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Consultation Préscolaire
DCMP	Dépôt Central des Médicaments Pharmaceutiques
HGR	Hôpital Général de Référence
HTA	Hypertension Tension Artérielle
HIB	Handicap International Belgique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IT	Infirmier Titulaire de la zone de santé
MCZ	Médecin Chef de Zone
OMS	Organisation Mondiale de la santé
OIT	Organisation Internationale du Travail
IOV	Indicateur Objectif et vérifiable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONGs/ASBLs	Organisations non gouvernementales/ Associations Sans But Lucratif
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PLSDA	Programme de Lutte contre la Surdité et Déficiences Auditives
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PPI et PFA	Paralysie Post-injectionnelle et Paralysie Flasque Aigu�e
PVH	Personne Vivant avec Handicap
RBC	Réadaptation ou Réhabilitation � Base Communautaire appelé aussi RAC (Réadaptation � Assise Communautaire)
RC	Relais Communautaire équivalent de SL
SNIS	Système National d'Informations sanitaires
SSP	Soins de Santé Primaires
SL	Superviseur Local équivalent du RC
SHC	Sensorial Handicap Corporation
UNESCO	Organisation de Nations Unies pour l'Education

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo, grand pays au centre de l'Afrique avec sa superficie de 2 345 000 km² et sa population de plus de 60 millions d'habitants. Confrontée à une crise socio-économique datant de plus de deux décennies qui malheureusement, a été amplifiée par des conflits armés ont accentué le délabrement entre autres du tissu économique et du système sanitaire. Et parmi les conséquences : la pauvreté et l'augmentation de nombre des personnes vivant avec handicap entraînant ainsi une double vulnérabilité pour ce groupe.

Malgré le manque des données objectives sur l'ampleur/profil du problème sur toute l'étendu de la République, les conséquences/effets négatifs du handicap et de la pauvreté sont observables chez la personne vivant avec handicap et dans nos communautés.

En fait, en dépit de la volonté politique, des efforts fournis et conjugués aussi bien par l'Etat Congolais, par les organisations nationales et internationales en vue d'améliorer la prise en charge des Personnes Vivant avec Handicap, il existe encore des faiblesses observées, des obstacles dressés et des défis à relever sur plusieurs plans.

L'OMS prône l'élimination des phénomènes d'exclusion et favorise la reconnaissance des Personne Vivant avec Handicap (PVH) comme membres à part entière de la société et pour y parvenir, en synergie avec l'OIT et l'UNESCO ont mis en place la stratégie de Réadaptation à Base Communautaire (RBC) et recommandent aux Etats de l'adapter selon le contexte pays. Cette stratégie est conçue à la fois d'une manière transversale et verticale ayant pour objectif d'améliorer la réadaptation institutionnelle et promouvoir la participation et l'appropriation par la communauté locale à être acteur privilégié dans la problématique du Handicap.

Dans notre pays, cette stratégie est rendue opérationnelle depuis près d'une décennie dans quelques provinces par des acteurs différents sans aucune référence nationale ; A travers ce vide stratégique à chaque acteur a sa vision et ses objectifs, ainsi un problème se pose pour l'évaluation et le passage à l'échelle.

Pour ce faire, le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC) ayant pour mission la normalisation et la coordination des interventions de réadaptation, avec les partenaires et autres acteurs pays ont tenu un atelier du 26 au 27 septembre 2007 au Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques à Kinshasa en vue de définir consensuellement la stratégie en se référant au modèle internationale.

Pour y parvenir, le PNRBC a soumis un questionnaire de collecte des données aux acteurs pays et sur leurs interventions. Pour enrichir la démarche des discussions de travaux en atelier a permis de dégager un consensus sur les éléments RBC ; c'est-à-dire ces données récoltées ont été comparées aux éléments de la stratégie RBC universelle.

Cette étude a guidé les réflexions sur:

- l'amélioration des prestations à fournir à chaque niveau, l'extension et la coordination de la stratégie RBC ;
- La définition du modèle RBC adaptable dans le temps et l'espace RDC ;
- Le rassemblement des expériences des acteurs RBC ;

La méthodologie utilisée pour arriver au résultat :

- Présentation du canevas de récolte des données pour les amendements aux différents acteurs et experts (pré test de l'outil) ;
- Expédition du canevas amendé aux différents acteurs pour répondre au questionnaire ;
- Réception et rassemblement des données récoltées ;
- Analyse de données, élaboration et vulgarisation.

I. HISTOIRE DE LA RÉADAPTATION EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Pendant les années 1955 et 1956, la RDC a connu la première épidémie de la poliomyélite qui a entraîné les états paralytiques chez beaucoup d'enfants, et sous l'impulsion de Madame BEELDEN le premier Centre spécialisé en rééducation médicale fut créé pour s'occuper de cas de polio à l'enceinte de YMCA (actuel Place du 4 janvier dans le quartier Matonge à Kinshasa). Suite aux événements socio-politiques du 4 janvier 1959 qui ont commencé à ce lieu ; les autorités coloniales décidèrent de le fermer.

En 1958, Madame DECRAEYE et mademoiselle QUENON mettront sur pied l'actuel Centre de Rééducation pour Personnes Handicapées (CRHP) à Kinshasa et au même moment, le professeur SHESQUIERE et le chirurgien SEYCHERS à l'université de LOVANUIM toujours à Kinshasa, ont créé un service de gymnastique médicale aux cliniques universitaires. A la même époque les hôpitaux de sociétés minières dans les grandes villes du pays et cités tels que Mbuji Mayi au Kasai, Kamituga au sud Kivu, Lubumbashi au Katanga... Des services de kinésithérapie ont été tenus par les européens et certains autochtones initiés dans le massage et autres gestes simples. Déjà en 1961 c'est-à-dire une année après l'indépendance de notre pays, le chef de service du Centre de Rééducation de Bakwanga : Monsieur GUY SMAL écrivait dans son livre « Rééducation des traumatisés par schéma » : les questions de rééducation et de réadaptation sont pratiquement absentes des programmes hospitaliers par manque de temps ; ici allusion faite à la médecine de masse pratiquée et au manque de personnel spécialisé et il formula le vœu « que les dirigeants Congolais puissent protéger et favoriser les soins spéciaux nécessaires à la réhabilitation des personnes vivant avec handicap ».

En 1964 ; on signale la création dans la province du Nord- Kivu du centre SHIRIKA LA UMOJA et dès les années 1964 à 1975, le pays aura plusieurs initiatives de création des centres ou services partout dans le pays ne s'occupant pas non seulement des handicaps moteurs mais plutôt aussi des autres types d'handicaps. Cependant ses premiers kinésithérapeutes formés en Europe vont revenir au pays en 1967 : le centre de réadaptation KIKESA fut créé en 1968 et la même année l'Etat congolais dota la nation du Centre National d'Apprentissage Professionnel pour Handicapé Physique et Invalides (CENAPHI) à Kinshasa/ kasa-vubu.

Autres dates importantes pour la réadaptation :

- 1973 : le pays forme ses kinésithérapeutes et pour des autres pays d'Afrique
- 1973 : les premiers techniciens orthopédistes du niveau secondaire sont formés au Centre pour Handicapés KIKESA
- 1974 : création de l'Association des Centres pour Handicapés de l'Afrique Centrale (ACHAC)
- Création de l'Institut Maman Mobutu pour Aveugles
- 1978 : les premiers techniciens orthopédistes congolais du niveau supérieur sont formés à Lomé et rentrent travailler en RD Congo mais à noter qu'avant l'indépendance, le pays avait déjà un grand atelier orthopédique à Kinshasa (du Ministère de la Santé) pour tous les cas (DCMP)

- Vers les années 80, une première expérience de décentralisation des centres de réadaptation né du Village Bondeko à Kinshasa pour rapprocher les populations des services multidisciplinaire (service Kinésithérapie, école pour enfants sourds, activités professionnelles et sociales...)
- En 1993: mise en place par l’OMS, l’UNESCO et OIT de la stratégie RBC sur le plan internationale et le recommande aux Etats pour application et adaptation.
- 1995 : le ministère des affaires sociales met en son sein la Direction de Coordination des activités de Réadaptation des Personnes Handicapées (DICOREPHA)
- 1997 : la Cinquième Direction (soins de santé primaires) du Ministère de la Santé est dotée du bureau chargé de la réadaptation
- 1998 : HANDICAP INTERNATIONAL organise la mise œuvre de la stratégie RBC à Kinshasa après une étude de départ sur les besoins des PVH
- 2000 : CBM démarre son expérience RBC à l’Est du pays (GOMA)
- 2003 : dans un contexte de guerre, au Ministère de la Santé une réforme du système de santé s’opéra suite aux Etats généraux de la santé et exigences internationales de gestion de certains problèmes spécifiques de santé dont le handicap ; le bureau chargé de la réadaptation se transforma au Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC) afin d’organiser et de coordonner la lutte contre les infirmités par une approche de réadaptation à base communautaire.
- 2004 : sortie du document d’orientation conjoint OMS, UNESCO et OIT sur la RBC
- A cela plusieurs traités internationaux sont édictés à savoir :

- 1981 : Année Internationale des personnes handicapées
- 1981-1992 : Décennie consacrée aux personnes handicapées

A la fin de la décennie : on se rend compte que dans beaucoup de pays surtout dans le tiers monde, les objectifs n’ont pas été atteints. Une des

Résolutions de nations unies édicte les règles pour l’Egalisation des chances

- 2001 : résolution n° 56/168 du 19 décembre 2001, de l’Assemblée générale recommande la création d’un comité spécial avec pour tâche d’examiner des propositions en vue d’élaborer une convention
- 2002 : rapport conclut que malgré les résolutions des nations unies et la déclaration, les droits des personnes handicapées sont violés ou ne sont pas correctement respectés. D’où une nouvelle proposition : élaborer une convention internationale appropriée pour cette catégorie internationale globale et intégrée en vue la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés.
- Du 29 juillet au 9 août 2002: tenue de la première session du comité ad hoc
- Du 14 au 25 août 2006 : huitième session clôturée avec l’adoption du texte de la convention
- 13 décembre 2006 : adoption de la convention par l’Assemblée Générale des Nations Unies

II. DÉFINITION DE CONCEPT

1. RÉADAPTATION

Elle est décrite par l'OMS comme étant l'application combinée et coordonnée de mesures dans les domaines : médical, social, psychique, éducatif et qui doivent contribuer à amener la personne handicapée à occuper dans la société une place optimale.

A savoir que pour les Personne Vivant avec Handicap c'est un processus complexe dont l'évaluation des résultats est aussi compliquée car son but ultime vise une dimension peu quantifiable de la personne humaine : la qualité de la vie.

2. RÉADAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE (RBC)

E. HELANDER le père historique de la RBC estimait que 80% des besoins en réadaptation peuvent être couverts au niveau communautaire, sans avoir à adresser des personnes vers des institutions spécialisées. Et l'un des moyens pour y parvenir est la RBC ; une stratégie qui a été conceptualisée dans les années 1970

La RBC est une stratégie globale qui vise à favoriser la réadaptation, l'égalisation des chances et la réinsertion sociale de l'ensemble des PVH.

Elle encourage une coopération entre les leaders de la communauté, des PVH, leur famille et la communauté ainsi qu'entre les services de santé, éducatifs, professionnels et sociaux appropriés.

La RBC se fonde sur :

- Le principe de la participation
- Le principe de l'insertion
- Le principe de la viabilité
- Le principe de l'autonomie

L'application de la RBC varie selon les pays mais l'OMS, l'UNESCO et l'OIT reconnaissent les quatre éléments mentionnés ci-dessus comme les éléments fondamentaux. Et enfin, elles recommandent à tous les pays et tous les secteurs à :

- Adopter la RBC comme politique et stratégie propre à promouvoir les droits humains et la réduction de la pauvreté chez les PVH ;
- Apporter leur soutien à des programmes RBC à l'échelle national ;
- Créer les conditions permettant la collaboration multisectorielle afin de faire progresser la RBC dans le cadre du développement communautaire.

3. ACTEURS RBC

Nous définissons acteur RBC comme étant une organisation locale, nationale ou internationale qui adopte la stratégie RBC et décide de la faire partie de ses activités permanentes de développement communautaire en faveur des PVH et dans cette catégorie nous avons les organes spécialisés des ministères, les ONGs, les ASBLs, les comités de développement communautaires, les comités de réadaptation communautaire (CRC) ...

Par contre **les agents RBC** de la communauté (membres de comité de réadaptation communautaire, relais communautaire ou superviseur local, entraîneur de la famille...) ainsi que les professionnels qui fournissent les services spécialisés dans les domaines de la santé (personnel de Soins de santé primaires), de l'éducation, des services sociaux, et de l'orientation professionnelle travaillent pour ou dans ces organisations.

- **les PVH** : font la sensibilisation et le plaidoyer à travers leurs associations.
- **le personnel spécialisé** (kinésithérapeutes, infirmiers, enseignants, assistants sociaux, médecins, techniciens orthoprothésistes, psychologues, logopèdes, éducateurs physiques, ergothérapeutes...) : sensibilisation, prise en charge dans leur domaine et formation.
- **les membres du CRC** : sensibilisation, participation au choix des superviseurs locaux (SL), formation, encadrement de SL et suivi des activités.
- **les parents ou membres de famille des PVH** : encadrement des PVH et application de conseils reçus.
- **les superviseurs locaux ou relais communautaires (RC)** : identification des PVH et leurs besoins, suivi à domicile, faire le rapport au CRC, accompagnement psychosocial, sensibilisation.
- **les leaders communautaires** (autorité politico administrative, autorité de l'église, membre influent... : sensibilisation de la communauté.

Nous définissons **professionnels RBC** comme toute personne physique qui dans le cadre de ses fonctions exercent une activité/tache ayant trait à l'amélioration des conditions de vie des PVH (**le personnel spécialisé**). Il ne s'agit pas comme le concept l'était dans le temps de considérer seul les professionnels de santé et à juste titre limité aux spécialistes du handicap moteur.

III. ANALYSE STRATÉGIQUE

La stratégie RBC telle que définie par les concepteurs ne vient pas balayer d'un revers de main la stratégie institutionnelle dans laquelle nous avons évolué plus d'une décennie mais elle vient par la présente améliorer la qualité des prestations de services offerts aux PVH tout en mettant un accent particulier sur le rôle que doit jouer la communauté.

Pour rappel ; deux stratégies antérieures ont été développées et ont présenté les faiblesses ci-après :

1. Stratégie Institutionnelle :

- ✓ Isolation des personnes vivant avec Handicap qui devraient passer toute leur vie dans les centres ;
- ✓ Stigmatisation de la part de la population ;
- ✓ Les PVH devraient attendre tout sans aucun effort de participation ;
- ✓ Les centres sont coûteux et budgétivores que l'Etat n'est pas en mesure de les créer et les maintenir, ainsi les quelques initiatives n'ont été que des charités et tenus en grande partie par les confessionnels ;
- ✓ La participation de l'Etat restait minime ;
- ✓ Une gestion souvent moins transparente ;
- ✓ etc

2. Stratégie stricte médicale

- ✓ Aspect vu sous un angle purement médical donc vision de la déficience/ organique et sa réparation oubliant l'objectif global ;
- ✓ Service limité et séquentiel sans synergie ni d'ordre social, éducatif que professionnel ;
- ✓ Intérêt d'une rééducation uniquement focalisé sur le handicap moteur et pas les autres types.
- ✓ Professionnel de réadaptation réduit aux seuls : le médecin, le Kinésithérapeute et l'orthoprothésiste.

3. Barrières

A toutes ses limites de ces stratégies s'ajoutent les barrières qui alourdissent la problématique de la personne vivant avec handicap et ces barrières touchent la personne vivant avec handicap elle-même et les différents niveaux d'intervention.

Au Niveau des Personnes Vivant avec Handicap

- Résignation,
- agressivité,
- Attitudes sociales négatives,
- manque de prise de conscience de leur état,
- analphabétisme/manque de formation professionnelle,
- exploitation de leur état d'handicap par les valides et de leur part la mendicité,

- manque d'emploi et passivité,
- manque d'estime de soi,
- hostilité envers les valides...

Au niveau de la famille/communauté

- Préjugé (mauvais sort, sorcellerie, pauvreté),
- Ignorance (rejet ou surprotection),
- Fardeau économique,
- Pitié, peur et répugnance

Au niveau des services/structures de Prise en charge

- Coût élevé des soins et inaccessibilité géographique,
- Référence/orientation tardive,
- Manque de recyclage/formation continue des prestataires,
- Outils non standardisés et mauvaise tenue des données,
- Qualité des prestations médiocre et non adaptée

4. Au niveau normatif et de coordination

- Insuffisance de cadre formé en réadaptation,
- Appui informationnel précaire,
- Manque des états de lieux qui éclairent le problème,
- Travail non concerté,
- Manque des normes et directives.

Pour remédier à tous ces problèmes ci évoqués, la stratégie RBC est la mieux indiquée pour paraphraser E HELLANDER car 80% des causes de Handicaps identifiées sont gérés et évités au niveau communautaire. Un effort doit être placé en amont pour réduire le nombre des nouveaux cas et réduire le taux de pauvreté de ce groupe vulnérable. Ainsi la RBC reste la seule issue permettant le progrès dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2020 en la matière.

IV. PRINCIPES RBC

Suite aux expériences pilotes que nous venons d'évaluer et tenant compte des principes clés édictés par l'OMS, l'UNESCO et l'OIT. Nous retenons que :

1. PRINCIPE DE VERTICALITÉ ET TRANSVERSALITÉ

La RBC doit reposer sur une chaîne hiérarchique partant du niveau national jusqu'à la communauté à travers une vision multisectorielle par une planification, mise en œuvre et évaluation d'ensemble en vue d'éviter la dispersion d'efforts.

Cette pyramide définit les missions /attributions par niveau et constitue un maillon de la chaîne dont si l'un des maillons est faible, la chaîne va se casser et le résultat en pâtir

2. PRINCIPE DE PARTENARIAT ÉTAT- PRIVÉ

La stratégie vise un renforcement de lien de collaboration à divers niveaux et secteurs et le maintien de ce partenariat dans la définition des objectifs/indicateurs, dans la mobilisation des ressources, dans la mise en œuvre des interventions permettant une union des relations et un engagement commun dans la lutte contre les handicaps. La plupart des structures viables sont d'ordre confessionnel, ainsi l'Etat a l'obligation d'exercer ses fonctions légaliennes dans une vision de concertation et de contractualisation.

3. PRINCIPE D'ÉQUITÉ ET DE DROIT

Toute personne handicapée quel que soit son statut, sa race, son sexe a droit aux soins, aux services sociaux, d'éducation, d'emploi, tel que défini dans la constitution de la 3^{ème} République stipule. Il égalise ses chances de vie avec les autres personnes valides dans les conditions exigées. Notre stratégie vise l'équité des droits pour se conformer à la convention internationale des personnes handicapées.

4. PRINCIPE DE PÉRENNITÉ

La stratégie est conçue dans un esprit de développement et de lutte contre la pauvreté, donc les projets et le programme RBC doivent s'inscrire dans une vision de pérennité. Les appuis des partenaires que bénéficient les acteurs nationaux doivent s'inscrire dans une durabilité des interventions, ainsi nos plans refléteront cet état de chose.

5. PRINCIPES DE PARTICIPATION ET D'AUTONOMIE

L'objectif final de la RBC étant l'insertion de la personne vivant avec handicap dans sa famille, sa communauté. Cette ultime finalité ne peut être atteinte que si la personne vivant avec handicap est associée à son processus d'intégration dans tous ses aspects multidisciplinaires. **Le degré de satisfaction de la réinsertion doit être mesuré sur la PVH elle-même, la famille et communauté en second lieu.**

V. AXES STRATEGIQUES

AXE I : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION MULTISECTORIELLE ET DU LEADERSHIP

L'Etat s'approprie la stratégie dans la définition claire du cadre normatif et des outils d'accompagnement mais cela dans un partenariat soudé avec les acteurs nationaux et internationaux pour le soutien à la RBC. Un TASK FORCE de coordination, cadre de prise des grandes décisions stratégiques, d'élaboration des grandes options/directives RBC s'avèrent indispensable à mettre en œuvre au niveau pays avec une vision décentralisée pour une meilleure approche de proximité tenant compte de la multidisciplinarité.

Parmi les éléments essentiels de la RBC, c'est le soutien au niveau national par des politiques, une coordination et l'allocation de ressources.

Ainsi la coordination au niveau national est une nécessité comme dans beaucoup de pays afin d'assurer la coordination intersectorielle indispensable pour suivre les mêmes principes et priorités, un même plan tout en nuancant que chaque secteur doit jouer son rôle malgré que dans la pratique les limites sont parfois difficile à tracer.

A noter que la coordination peut se faire aux différents niveaux mais l'expérience montre que le niveau intermédiaire/ des districts constitue aussi un point clé pour la coordination du soutien aux services et aux communautés.

De cet axe découle un certain nombre d'actions à mener : voir le point VIII de ce présent document (paquet d'intervention globale) ci-dessous

AXE II : RENFORCEMENT DES CAPACITES TECHNIQUES DES ACTEURS AU NIVEAU INTERMÉDIAIRE

Poumon de la mise en œuvre de la stratégie, de part sa position de rationalisation des directives nationales et d'accompagnement technique aux services et à la communauté.

Ce niveau technique d'accompagnement de la stratégie doit se renforcer par la synergie des acteurs des différents services, d'ONGs et autres afin de déceler les faiblesses de suivi de la mise en œuvre et d'orientation de la communauté pour la réussite de la RBC (se referer aux directives d'accompagnement de la stratégie)

Les initiatives déjà en place comme la coordination des organisations des personnes vivant avec handicap (COPH) doivent être renforcées pour une planification concertée, une distribution équitable des revenus alloués aux projets et programmes des Personnes Vivant avec Handicap.

Ainsi une réadaptation vue dans un sens de réadaptation dirigée vers la communauté doit guider les actions à mener à ce niveau par la formation, le suivi, le système national d'information ...par la démedicalisation (léguer un certain nombre des taches à la communauté pour soins à base communautaire)

AXE III : IMPLICATION/ APPROPRIATION DE LA COMMUNAUTÉ

Comme la RBC peut répondre à 80% des besoins fondamentaux des PVH, alors l'implication de tous est indispensable au niveau de la communauté ; surtout si elle est soutenue par la présence des agents communautaires motivés. C'est ainsi le processus d'établissement d'un projet ou d'un programme de RBC dépend de cette implication.

La RBC voudrait que la communauté soit « **intégratrice** » c'est-à-dire chaque communauté adapte ses structures et ses procédures pour faciliter l'intégration des PVH au lieu d'attendre de ceux-ci qu'ils s'adaptent aux arrangements existants.

Vu que la RBC appartient à la communauté, les représentants de celle-ci doivent être associés à la planification, à l'exécution et l'évaluation des activités de RBC.

A savoir que les agents communautaires sont au cœur du projet ou programme de RBC et ce sont généralement des bénévoles qui donnent un peu de leur temps chaque semaine pour mener les activités d'aide aux PVH. Tout le monde intéressé dans la communauté peut le devenir (PVH, membre de famille d'une PVH, enseignant, personnel de la santé ou autre...)

VI. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA RBC

La RBC étant plus d'une initiative locale mais soutenue ou dirigée par les acteurs tant nationaux qu'internationaux doit suivre un processus de mise en œuvre. Pour ce, il doit répondre à des étapes dont :

- Partir d'un diagnostic communautaire pour identifier les initiatives existantes, les personnes ayant une prédisposition dans les organisations locales à savoir : les relais communautaires déjà en place pour les activités de la santé, les personnes vivant avec handicap intéressées/ engagées dans les actions des personnes vivant avec handicap
- Déterminer les services existants et l'ampleur/profil du problème, perception de la communauté vis-à-vis du handicap.
- Plaidoyer auprès des autorités politico administratives et leaders
- sensibiliser la communauté
- choisir/élire des agents RBC
- former les agents RBC/dotation matérielle
- planifier les activités

VII. VISION D'INTÉGRATION DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)

Concept né à la conférence d'ALMA-ATA en KURDISTAN en 1978 organisée par l'OMS, les Etats participants ont souligné la nécessité d'une action urgente pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde : « santé pour tous » avec plus d'accent sur la prévention des maladies.

La RBC est une stratégie qui s'inscrit dans le prolongement des SSP qui ne conçoivent pas la santé seulement sur le plan médical mais comme un état complet de bien-être physique, mental, et social.

Les SSP favorisent :

- l'accessibilité aux soins ;
- l'acceptabilité par la communauté de ces soins ;
- le coût abordable de ces soins ;
- l'adéquation de service de santé.

De cette conception, découle l'importance d'implication directement de la population dans l'amélioration de ses propres conditions d'existence.

L'OMS, OIT, UNESCO recommandent au secteur de santé de consentir de sérieux efforts pour faire en sorte que la réadaptation soit une composante des SSP et pour ce faire :

- donner au personnel des SSP une formation concernant le handicap et la réadaptation ;
- renforcer les services spécialisés de façon qu'ils soutiennent mieux le personnel des SSP et les agents de RBC

Car les SSP sont généralement chargés d'assurer les services de soins et de réadaptation, y compris la fourniture des aides techniques (cannes blanches, béquilles, chaises roulantes, orthèses auditives...etc.)

Cependant, pour avoir une efficacité maximale :

- Les services et les centres de réadaptation doivent collaborer avec tous les autres services du système des soins de santé ; d'où la définition claire des normes s'impose pour coupler avec les normes générales des SSP
- Les services et les centres de réadaptation doivent collaborer avec les secteurs de l'éducation, du travail et des affaires sociales afin de garantir l'égalité des PVH en tant que citoyens.

Pour y arriver le pays a pris cette option d'intégrer la réadaptation dans le système de santé et ainsi les éléments du cadre logique des interventions (paquet minimum des activités du Centre de Santé et de la communauté retenus dans les annexes ci dessous justifient cette démarche.

VIII. PAQUET D'INTERVENTION GLOBALE

Les interventions qui permettent d'influer à la situation des PVH restent vues dans une large vision multisectorielle, voilà pourquoi les interventions sont résumées dans un paquet car quel que soit le miracle fait par un seul secteur, la situation n'aura pas d'impact sur la PVH. Ces interventions couvrent à la fois les types de handicap et les secteurs d'intervention.

Ce paquet vu dans cet angle est conçu aux trois niveaux taxonomiques à savoir :

NIVEAU CENTRAL OU NATIONAL

- Elaborer la/les politique(s) multisectorielle en faveur des PVH ;
- Disposer d'un Etat de lieux national sur les handicaps et ses corollaires ;
- Mettre en place une coordination multisectorielle fonctionnelle ;
- Disposer des directives et normes pour les niveaux inférieurs et le vulgariser ;
- Faire le plaidoyer auprès des instances politiques pour l'appropriation de la stratégie ;
- Mobiliser les ressources Humaines, matérielles, financières de la part de l'Etat que des partenaires et les affecter ;
- Adapter les outils internationaux au contexte pays ;
- Disposer d'une équipe des formateurs nationaux ;
- Mener les activités d'appui au niveau intermédiaire ;
- Organiser la banque des données du Handicap par la mise à jour des données de routine.

NIVEAU INTERMÉDIAIRE

- Vulgariser la (les) politique (s) nationale (s) en la matière à la base ;
- Mettre à jour les données et les transmettre à la hiérarchie pour action ;
- Appuyer techniquement les services/structures, et organisations de PVH en formation, en approvisionnement, en intrants et équipements... ;
- Adapter selon le milieu, certaines directives et normes en matière du Handicap et leur traduction dans les langues locales ;
- Organiser la coordination à ce niveau ;
- Organiser la cartographie de la couverture en services/structures, par comité de réadaptation communautaire (CRC), par les superviseurs locaux (SL) ou relais communautaires (RC), pour les soins de réadaptation communautaire et activités d'ordre social, culturel et sportif.

NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- Plaidoyer auprès des autorités politico – administratives ;
- Production de la cartographie des zones d'intervention ;
- Renforcement des capacités des organisations de PVH et des agents RBC ;
- Dotation en intrants et matériels ;
- Sensibilisation sur la prévention des Handicaps ;
- Dénombrement des populations cibles du rayon d'action ;

- Dépistage et orientation vers les services ;
- Appui ou accompagnement psychosocial des familles et PVH ;
- Renforcement des capacités communautaires;
- Suivi porte à porte des cas ;
- Renforcement des capacités de parents des enfants avec Handicap sévère ;
- Intégration scolaire, professionnelle, activité génératrice de revenu (AGR), familiale, communautaire ;
- Organisation des activités mixte des enfants handicapés avec les valides et de fois eux –mêmes pour partage des expériences.

IX. INDICATEURS

Les quelques indicateurs de suivi sont définis et restent notre boussole pour l'atteinte des objectifs. A cela il est utile de faire la distinction entre les indicateurs de processus et de résultat

INDICATEURS DE PROCESSUS

- Taux de couverture ;
- Nombre des structures RBC existants ;
- Proportion des personnes vivant avec Handicap dépistés ;
- Proportion des agents RBC/ professionnel RBC en place ;
- Proportion des séances de sensibilisation tenues ;
- Proportion des supervisions réalisées ;
- Proportion des réunions de coordination multisectorielle tenues ;
- Nombre des provinces couvertes par la stratégie ;
- Proportion des ressources Humaines et matérielles déployées ;
- Proportion de parents des enfants avec handicap formés dans les gestes de la vie quotidienne.

INDICATEURS DE RESULTATS

- Complétude et promptitude des rapports d'activités ;
- Proportion des personnes vivant avec Handicap réinsérées ;
- Proportion des enfants avec handicap ayant terminés leur formation professionnelle ;
- Proportion des PVH ayant trouvé un emploi ou AGR ;
- Proportion des PVH ayant recouverts leur emploi ;
- Nombre de cas reçus / identifiés ;
- Nombre d'abandon aux services ;
- Nombre des parents impliqués ;
- Nombre des PVH appareillés ;
- Nombre des PVH scolarisés.

Ces indicateurs restent à définir quand à leur mode de calcul, que la source des données et leur périodicité de collecte.

CONCLUSION

Cet outil de stratégie qui pour nous tous acteurs RBC est d'importance capitale car il est venu à point nommé afin de guider nos interventions futures dans une synergie d'actions concertée et évaluée pour nous permettre de rendre compte de niveau d'atteinte des objectifs. Ainsi reste pour la RDC la stratégie consensuelle de suivi par tous telle que édictée sur le plan international.

Une référence pour l'atteinte des objectifs et pour résoudre les écarts de planification opérationnelle sur le terrain en vue de réajuster les tirs. Pour ce faire nous exhortons tous acteurs de s'y imprégner et de s'y référer pour la réussite de nos planifications. Cette stratégie peut subir des modifications sur base des contraintes de mise en œuvre ou d'une faiblesse de celle-ci identifiée sur le plan national qu'international.

ANNEXE I : LES PRINCIPALES DEFICIENCES RESPONSABLE DES INVALIDITES QUI ENTRAÎNENT LES HANDICAPS

PERIODE	HANDICAP MOTEUR	HANDICAP VISUEL	HANDICAP AUDITIF	HANDICAP MENTAL
1. CONCEPTION	<p>Embryon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladies génétiques ou héréditaires <p>Parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanies - Alcoolisme 	<p>Embryon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladies génétiques <p>Parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Alcoolisme 	<p>Embryon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladies génétiques <p>Parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Alcoolisme 	<p>Embryon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladies génétiques (trisomie 21, Autisme...) <p>Parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Alcoolisme
2. GROSSESSE	<p>Fœtus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malformation congénitale (agénésie, pied bot) - Traumatisme (guerre, accident) - Irradiation (rayon X) <p>Mère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Maladies infectieuses (syphilis, toxoplasmose, rubéole) - Intoxication médicamenteuse ou de produits indigènes - Traumatismes (violence, accident) 		<p>Mère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Maladies infectieuses - Intoxication médicamenteuse et produits indigènes 	<p>Fœtus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irradiation rayon X <p>Mère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Maladies infectieuses - Intoxication médicamenteuse et produits indigènes - Maladie endocrinienne - Maladies cardio-vasculaires (HTA, ...)

<p>3. ACCOUCHEMENT OU PERINATALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme obstétrical (élongation du plexus brachial) - Dystocie - Obésité du fœtus - Anoxie néonatale - Infection de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme obstétrical - Anoxie néonatale - Conjunctivite du Nouveau-né - Intoxication médicamenteuse (gentamycine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme obstétrical - Anoxie néonatale - Ictère néonatal - Prématurité - Intoxication médicamenteuse (gentamycine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme obstétrical - Dystocie - Anoxie néonatale - Ictère néonatal - Prématurité - Infections
<p>4. ENFANCE</p>	<p>De 0 à 12 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladies infectieuses et parasitaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ SIDA ▪ Tuberculose osseuse ▪ Encéphalite ▪ Méningite ▪ Neuropaludisme ▪ Poliomyélite ▪ Arthrite juvénile - Déformation orthopédique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Scoliose ▪ Cyphose - Paralysie post-injectionnelle (PPI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Affections des yeux <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cataracte ▪ Glaucome ▪ Atrophie du nerf optique ▪ Trachome ▪ Tumeur cérébrale ▪ Avitaminose A - Maladies infectieuses et parasitaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rougeole ▪ Encéphalite ▪ Méningite ▪ Neuropaludisme ▪ Onchocercose ▪ Trypanosomiase - Intoxications médicamenteuses - Traumatisme physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Otite moyenne chronique - Méningite - Rougeole - Oreillons - Autres affections virales - Neuropaludisme - Traumatisme physique de l'oreille - Traumatisme crânien - Corps étranger dans l'oreille - Bruits - Médicaments et produits indigènes ototoxiques 	<p>De 0 à 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méningite - Neuropaludisme - Rougeole - Malnutrition - Crétinisme - Déshydratation sévère <p>De 5 à 12 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epilepsie - Méningite - Neuropaludisme - Traumatisme cérébral

<p>5. ADOLESCENCE ET ADULTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lèpre - Sida - Polio - Méningite - Mutilation - Amputation - Déformation orthopédique - Traumatisme (guerre et accidents) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture ▪ Luxation ▪ Amputation ▪ Paraplégie ▪ Tétraplégie, etc. - Rhumatisme dégénératif - Rhumatisme inflammatoire - A.V.C. - Diabète - Obésité - Konzo - Polynévrite de Guillain Barré 	<p>- Idem</p>	<p>- Idem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Maladies Mentales - A.V.C. - Tumeur cérébrale - Traumatisme cérébral
<p>6. TROISIÈME AGE</p>	<p>- Sénilité</p>	<p>- Sénilité</p>	<p>- Sénilité</p>	<p>- Démence sénile</p>

ANNEXE II : CADRE LOGIQUE DES INTERVENTIONS DE LA RÉADAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE (RBC) DANS LA ZONE DE SANTÉ

Logique d'intervention	Indicateurs Objectifs Vérifiables	Sources de vérification	Ressources	Hypothèses
I. <u>OBJECTIF GENERAL</u> Intégrer la réadaptation dans les structures des soins de santé primaires	Taux de couverture	Rapports SNIS Rapports d'enquête.	<ul style="list-style-type: none"> - humaines - maternelles - financières 	<ul style="list-style-type: none"> - collaboration multisectorielle renforcée - paix assurée et maintenue.
II. <u>OBJECTIFS SPECIFIQUES</u> Réduire de 25 % des invalidités aux handicaps moteurs, visuels, auditifs et mentaux dans la zone de santé.			<ul style="list-style-type: none"> - humaines - maternelles - financières 	<ul style="list-style-type: none"> - implications des partenaires, l'autorité locales et des communautés assurées - coordination des interventions assurée.
III. <u>RÉSULTAT ATTENDU</u> Au moins 25 % d'handicapés moteurs, visuels, auditifs et mentaux dépistés sont prise en charge correctement réadaptés	Nombre de dépistés Nombre de cas traité Nombre de cas réadaptés et réinsérer dans la société.	Rapports des activités	<ul style="list-style-type: none"> - humaines - maternelles - financières 	Idem

ACTIVITES DANS LA ZONE DE SANTE	IOV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESES
1. Identifier avec les partenaires les ZS à couvrir en PMA/ZS ou zone de santé pilotes.	Proportion de ZS Sélectionnées	Plan d'action BCZS Rapports d'activités PV de la réunion	- humaines - maternelles	Implication de partenaires locales et des communautés assurée.
2. Sensibiliser et informer la population de la ZS - Sur le PMA, RC, CAC, CODESA et plaidoyer auprès des autorités locales	- nombre de réunions de sensibilisation - plaidoyer réalisé/ prévue	Rapport et PV de réunions	Personnes ressources du BCZS -Fournitures de bureau -Frais de collation	Implication des autorités administratives et du MCZ acquise Sécurité assurée
3. Sélectionner les RC, et constituer les CAC, CODESA dans chaque ZS, CODESA dans chaque ZS.	- nombre de RC sélectionner - nombre CAC constituée - nombre CODESA constituée	Rapport d'activités Rapport de mission	Budget pour installation des RC, CAC, CODESA.	Implication de la communauté
4. Organiser la formation des RC, IT, équipe HGR et BCZS sur la RBC	- nombre de RC formé - nombre d'IT formé - nombre d'équipe HGR formé - nombre d'équipe BCZS formé	Rapport de formation	Personnes ressources -fourniture de bureau - frais de collation - frais de restauration	Stabilité du personnel assurée Mise en commun de ressources de formation assurée Appui du partenaire à la ZS assuré
5. Organiser un atelier de micro planification dans chaque zone de santé avec le CODESA.	Atelier de micro plan réalisé avec un rapport approuvé par CODESA.	Rapport de l'atelier de micro- plan dans la ZS	- personnes ressources - fourniture de bureau - RC - Frais de collation - Frais de restauration	Implications des autorités administratives et de la communauté assurée Sécurité assurée

6. Mettre en place un mécanisme de récolte de données et analyse dans la ZS (évaluation).	Nombre de rapports d'activités de la ZS à élaborer et à transmettre défini.	Fiche de collecte Rapport d'activité Rapport SNIS Canevas de collecte de données Rapports d'enquête.	RC et IT Fourniture de bureau Frais de nuitée Frais de collation	Implication de la communauté et de partenaires acquise Engagements de BCZS obtenu.
7. Mettre en place des mécanismes de la supervision trimestrielle des RC de la CAC	Nombres de ZS à supervisés et mécanisme défini.	Rapport d'activité Plan d'action PV de réunions	- personnes ressources - fournitures de bureaux - IT, RC - Frais de collation - Frais de restauration	Implication des partenaires, autorités locales acquise
8. Mettre en place de mécanisme de suivi mensuel des performances de ZS	Nombre d'activités à suivre et mécanisme de suivi défini.	Rapport d'activité Plan d'action PV de réunion	Idem	Idem
9. Mettre en place de mécanisme de monitoring trimestriel des performances de la ZS	Proportion de ZS ayant organisé les monitorages	Plan d'action PV de réunion	Idem	Idem
10. Identifier les structures spécialisées susceptibles d'accueillir les personnes vivant avec handicapés dans la ZS	Nombre de structures spécialisées identifiées	Rapport d'activité	Humaines Maternelles	Idem

1. ACTIVITES RBC POUR HANDICAP MOTEUR DANS LA ZONE DE SANTÉ

A. AU NIVEAU DU Centre de Santé	IOV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESE.
1. Former les infirmiers à reconnaître certaines déformations et malformation orthopédiques 2. Former les infirmiers aux techniques simples de rééducation 3. Recycler les infirmiers aux techniques obstétricales et injectionnelles	Proportion des infirmiers formés ou recyclés	Rapports de formation ou de recyclage	<ul style="list-style-type: none"> - personnes ressources - fournitures de bureau - IT, RC - Frais de collation - Frais de restauration 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilité du personnel assurée - Mise en commun des ressources de formation assurée - Harmoniser les modules de formation - Appui nécessaire de partenaires aux ZS .
4. Disponibilité les outils et matériels RBC.	Equipement , outils ou intrants mobilisés sur prévus	Bon de commande PV de réception Bon de livraison	- financières	Appui des partenaires aux ZS assuré
5. Dépistés précocement et les PVH moteurs	Nombre de PVH moteur dépistés	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de consultation - Registre - Rapport d'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - personnes/ ressources - fournitures de bureau - outils de gestion 	Personnel de santé engagé
6. Dispenser les techniques simples de rééducation par les infirmiers.	Nombre de personnes rééduquées par les techniques simples	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de consultation - Registre - Rapport d'activité 	Idem	Idem
7. Dispenser le traitement prompt et adéquat des maladies causant les handicaps moteurs.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de malades présentant les affections causant les handicaps moteurs traités au C.S - Proportion de chaque affection au CS 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de consultation - Registre - Rapport d'activité 	Idem	Idem

8. Référencer les cas à haut risque à l'HGR.	Nombre de cas à haut Risque référé	Rapport d'activité Registre de référence	Humaines Matérielles	Personnel qualifié disponible Financement des cas référés assurés
9. Dispenser les soins et conseils préventifs de déformations orthopédiques	Nombre de déformations orthopédiques prévenues	Fiche de consultation Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Personnel de santé engagé
10. Orienter la PVH moteur en cas de nécessité vers les centre de rééducation spécialisée ou vers le centre de formation professionnelle	Nombre de PVH moteur orienté	Rapport d'activité Registre de référence	Humaines Matérielles	Personnel qualifié disponible Financement des cas orientés assurés Implication de centres spécialisés assurés
11. Participer aux activités connexes campagnes de PEV séances de CPN, CPS	Nombre de participations aux activités connexes sur prévue.	Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Collaboration avec les autres programmes plouqués assurée
12. superviser trimestriellement des infirmiers au CS.	Nombre de supervision réalisée / prévue	Rapport de supervision	Humaines Matérielles Financières	Appui nécessaire des partenaires aux ZS Engagement des partenaires obtenu Mis en commun des ressources
13. Organiser le collecte et l'analyse des données dans le communauté CS (évaluer)	Nombre de rapport d'activités du CS élaboré et transmis	Rapport d'activité Rapport SNIS Canevas de collecte de données Rapport d'enquête	Humaines Matérielles Financières	- partenaires impliqués BCZS engagé - impliqué personnel du CS
14. Suivi mensuel des activités dans le CS et de formation.	Nombre de suivi réalisé / prévue	Rapport de suivi	Humaines Matérielles Financières	Implication de personnel

Au niveau de la communauté	OIV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESES
1. Dénombrer les PVH moteurs.	Nombre de PVH moteur	Cahier de dénombrement (RC) liste de vérification	Humaines Matérielles Financières	Autorité locale impliquée Equipe BCZS impliquée
2. Sensibiliser et informer la communauté sur les causes des handicaps moteurs	Nombre des réunions d'info-sensibilisations réalisées/ prévue	Rapport de réunions de sensibilisation	Humaines Matérielles Financières	Implication des autorités administratives et MCZ acquise
<p>3. Conseils et dialogue porte à porte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - encourager la régularité aux CPN et CPS - encourager les accouchements dans les institutions médicales - déconseiller l'automédication - déconseiller les mariages consanguins - encourager la vaccination PEV - encourager l'hygiène du milieu et individuel - encourager une alimentation saine et équilibrée - encourager les moustiquaires imprégnées dans la lutte contre le palu. 	Nombre de visites à domicile / prévue	-Cahier de RC -Rapport d'activité	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté dans la mise en place des RC.

4. Dépister activement les PVH moteur à domicile par RC	Nombre de PVH moteur dépistés	Fiche de dépistage RC	Humaines Matérielles	Implication de la communauté
5. Référer ou/ et orienter les PVH moteurs au CS, au centre spécialisé de formation professionnelle.	Nombre de PVH moteur référer ou/et orienter	Registre de référence et d'orientation Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Financement des cas référer ou/et orientées assurés - implications de la population
6. Organiser avec les RC CAC et CODESA les manifestations culturelles et sportives pour les PVH moteurs.	Nombre des manifestations, culturelles et sportives réalisées / prévues	Rapport d'activité	Humaines Maternelles Matérielles	Implication des autorités administrations locales et la communauté assurée Partenariat actif sur terrain obtenu.
7. Encourager intégration dans le milieu ordinaire pré scolaire, scolaire et professionnelle pour le PVH moteur	Proportion de PVH moteur intégrée dans le milieu ordinaire pré scolaire, scolaire et professionnelle	Enquête Rapport d'activité	Humaines Maternelles	
8. Encourager l'organisation de manifestations et de projets générateurs de revenue pour les PVH moteurs.	Nombre de manifestations organisées, nombre de projets, d'autofinancement encouragé	Rapport d'activité		
9. Surveiller PFA/ Polio et les handicaps moteurs causés par les mines toutes personnelles, accidents du travail et accidents routiers.	Proportion de PFA/ polio Proportion des accidents de mine anti personnelle PVH Proportion de accident du travail	Rapport d'activité		

10. Sensibiliser l'entourage de la PVH moteur d'adopter un comportement, attitudes et mode de vue favorable à la réintégration socio professionnelle.	Nombre de séances de sensibilisation réalisée / prévues	Rapport de réunion de sensibilisation	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté
11. Former un membre de famille aux soins simple de rééducation et réadaptions applicable à domicile.	Nombre de membres, de famille formés sur prévue	Rapport de formation Rapport de activité	Humaines Matérielles Financières	Implication de famille de PVH moteur
12. Organiser une prise en charge psychosociale des PVH moteur victime de la guerre et autres accidents graves.	Nombre des PVH auteur ayant été obtenu une prise en charge psychosociale.	Rapport d'activité	Humaines Matérielles Financières	Personnel qualifié disponible Financement assuré Les partenaires impliqués
13. Superviser trimestriellement des RC de la CAC.	Nombre de visites trimestrielles réalisées sur prévue	Plan de supervision Rapport de supervisons Rapport SNIS	Humaines Matérielles Financières	Implication de CODESA assurée.
14. Collecter et analyser les données dans la communauté	Nombre de réunions trimestrielles de monitoring réalisés / prévue	Rapport d'activité Rapport SNIS Canevas de collecte de données Rapport d'enquêtes	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté, partenaires et BCZS

15. Organiser le monitoring de performances et aux la communauté	Proportion de communauté ayant organisé la revue annuelle PMA/ handicap moteur	Rapport de monitoring trimestriel	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté Appui nécessaire des partenaires Mise en commun de ressource
16. Organiser la revue annuelle des activités PMA/ handicap moteur dans la communauté avec le CODESA.		Rapport de la revue annuelle.	Humaines Matérielles Financières	Appui nécessaire des partenaires aux ZS

2. ACTIVITES RBC POUR HANDICAP AUDITIF DANS LA ZONE DE SANTÉ

A. AU NIVEAU DU CS	IOV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Former les infirmiers à reconnaître une surdité et sa cause 2. Former les infirmiers à reconnaître les signes d'alarme d'une complication des otites 3. Recycler les infirmiers aux techniques des soins élémentaires des affections de l'oreille (nettoyage et méchage) 	Proportion des infirmiers Formés et recyclés	Rapport de formation et recyclage	Humaines Matérielles Financières	Implication ou collaboration avec programme, de lutte contre la surdité et la déficience auditive (PLSDA) acquise Appui nécessaire de partenaire aux ZS stabilité du personnel assurée
4. Disponibiliser les outils et matériels RBC	Equipement, outils ou intrants mobiliser sur prévues	Pour de commande PV de réception Bon de livraison	Financières	Appui des partenaires aux ZS assurée PLSDA impliqué
5. Dépistés précocement les personnes sourdes ou avec déficiences auditives.	Nombre de sourds dépistés Nombres de déficients auditifs dépistés	Fiche de consultation Registre Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Personnel de santé qualifié.

6. Dispenser les soins élémentaires des affections de l'oreille (nettoyage et méchage).	Nombre de malade bénéficiaires de nettoyage et m'échange de l'oreille.	Idem	Idem	Idem.
7. Dispenser les soins appropriés contre les affections auditives	Nombre de malades présentant les affections auditives soigné au CS - proportion de chaque affection au CS	Fiche de consultation Registre Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Personnel de santé qualifié.
8. Référer les cas compliqués et à haut risque à HGR ou clinique spécialisée	Nombre de cas référés	Registre de référence Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Personnel,
9. Participer aux activités connexes campagnes de PEV séance de CPN et CPS recentrées	Nombre de participations aux activités connexes sur prévue.	Rapports d'activités	Humaines	Collaboration avec les autres programmes, du ministère de la santé assuré
10. Montrer à la mère les premiers soins d'oreilles simples applicable à domicile	Nombre de mère formée	Rapport d'activité	Humaines	Personnel de santé qualifié Implication de la mère.
11. Superviser, trimestriellement des infirmiers au CS	Nombre de supervisions réalisée/ prévue	Rapport de supervision	Humaines Matérielles Financières	Appui nécessaire des partenaires aux CS Partenariat actif sur terrain Mise en commun des ressources

12. Organiser le collecte, analyser les données dans le CS (évaluer)	Nombre de rapports d'activités du CS élaborés et transmis	Rapports d'activités Rapports SNIS Calendrier de collecte de données, Rapports d'enquête	Humaines Matérielles Financières	Personnel du CS impliqué BCZS impliqué Partenaires impliqués.
13. Suivi mensuel des activités et de la formation dans le CS.	Nombre de suivi réalisé/ prévue	Rapport de suivi	Humaines Matérielles Financières	Idem.
B. Au niveau de la communauté	IOV	Sources	Ressources	Hypothèse.
1. Dénombrer les sourds et les déficients auditifs	- nombre de sourds - nombres de déficients auditifs	Cahier de dénombrement (RC) Liste de vérification	Humaines Matérielles Financières	Implication des autorités locales et de l'équipe BCZS assurée.
2. Sensibiliser et informer la communauté sur les causes de handicap auditif	Nombre de réunions d'info – sensibilisation réalisées / prévue	Rapport de réunions de sensibilisations	Humaines Matérielles Financières	Implication des autorités administratives et MCZ acquise.
3. Conseils et dialogue porte à porte sur : - hygiène individuelle d'environnementale et alimentaire - respect du calendrier vaccinal - consultation au CS pour tout problème de santé de enfants - usage rationnel des médicaments - protection de l'audition (lutte contre le bruit) - prise en charge des IRA	Nombre de visite à domicile / prévue	- cahier de RC - rapport d'activité	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté dans la mise en place des RC.

<ul style="list-style-type: none"> - abstinence à l'alcool pour la femme enceinte - accouchement à la maternité - fréquentation de la CPS et CPN 				
4. Dépister activement les sourds et les déficients auditifs à domicile par RC	Nombre de sourds dépistés Nombre de déficient, auditifs dépisté	Fiche de dépistage (RC)	Humaines Matérielles	Implications de la communauté
5. Référer ou orienter les sourds et les déficients auditifs au CS ou structure spécialisé	Nombre de sourds et déficients auditifs référés	Registre de référence Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Financement des ces référés assuré Implication de la communauté
6. Organiser avec les RC, CAC et CODESA les manifestations culturelles et sportives pour les sourds et déficients auditifs	Nombre des manifestation culturelles et sportives réalisées/ prévue	Rapports d'activité	Humaines Matérielles Financières	Implication des autorités administratives locales et de la communauté assurée, partenariats actifs sur terrain assuré.
7. Encourager la fréquentation dans le milieu d'enseignement spécialisé, préscolaire, scolaire et professionnel	Nombre de sourd et déficients auditifs fréquentant, les milieux d'enseignement spécialisé.	Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Idem
7. Encourager l'organisation des manifestations et de projets générateurs de revenu.	Nombre de manifestation organisé Nombre de projet exécuté	Rapport d'activité	Humaines Matérielles Financières	Idem.

9. Sensibiliser l'entourage de sourd ou de déficient auditif d'adopter un comportement, attitude et mode de vue favorable à la réintégration socio-professionnelle.	Nombre de séances de sensibilisation réalisée/ prévue	Rapport de réunions de sensibilisation	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté
10. Suivi de la formation de la mère sur les premiers soins d'oreilles simples (séchage de l'oreille).	Nombre de visités de suivi réalisé avec rapport	Rapport de suivi	Humaines Matérielles	Implications de CODESA assurée.
11. Superviser trimestriellement les RC de la CAC.	Nombre de visites trimestrielles réalisées sur prévue.	Plan de supervisions Rapport de supervisions Rapport SNIS	Humaines Matérielles Financières	Idem.
12. Collecter et analyser les données dans la communauté	- nombre de rapport d'activités élaborées et transmis.	Rapport d'activité Rapport SNIS Calendriers de collecte de données Rapport d'enquête	Humaines Matérielles Financières	Implications de la communauté, partenaires et BCZS.
13. Organiser le monitoring de performances dans la communauté	- nombre de réunions trimestrielles de monitoring réalisé/ prévue	Rapport de monitoring trimestriel	Humaines Matérielles Financières	<ul style="list-style-type: none"> - appui nécessaire des partenaires - mise en commun de ressource - implication de la communauté.
14. Organiser la revue annuelle des activités PMA/ handicap auditif dans la communauté	Proportion de communauté ayant organisé la revue annuelle PMA/ handicap auditif	Rapport de la revue annuelle	Humaines Matérielles Financières	Appui nécessaire des partenaires aux ZS.

3. ACTIVITES RBC POUR HANDICAP VISUEL DANS LA ZONE DE SANTÉ

A. NIVEAU DU CS	IOV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESES
1. Former les infirmiers à reconnaître certaines déficiences visuelles et leurs causes 2. Le cycle les infirmiers à la technique de CREDE ou prise en charge visuelle du nouveau – né.	Proportion des infirmiers formés ou recycler.	Rapport de formation ou de recyclage	Humaines Matérielles Financières	Stabilité du personnel assurée - mis en commun de ressource de formation avec le programme de lutte contre la cécité assuré. - appui nécessaire de partenaire aux ZS.
3. Disponibiliser les outils et matériels RBC	Equipement, outils, ou intrants mobilisés sur prévues	Bon de commande PV de réception, bon de livraison	Financières	- appui des partenaires aux ZS assuré
4. Dépister précocement les aveugles et les déficients visuels	Nombre des aveugles et des déficients visuels dépisté	Fiche de consultation Registre Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Personnels de santé engagés
5. Dispenser les soins primaires aux déficients visuels	Nombre de déficients visuels soignés	Fiche de consultation Registre Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Idem
6. Dispenser le traitement prompt et adéquat des maladies causant la cécité ou la déficience visuelle.	Nombre de malades présentant les affections causant les handicaps visuels traité au CS. Proportion de chaque affection au CS.	Idem.	Idem	Idem

7. Référer les cas à haut risque à l'HGR ou une clinique spécialisé.	Nombre de cas à haut risque référer	Rapport d'activité Registre de référence	Humaines Matérielles	Personnel qualifié disponible Financement des cas référer assurés.
8. Participer aux activités connexes - supplémentation - campagne PEV - séances CPN et CPS recentrées.	Nombre de participation aux activités connexes sur prévue.	Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Collaboration avec les autres programmes impliqués
9. Monter à la mère les premiers soins des yeux applicables à domicile	Nombre de mère formée	Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Personnel de santé qualifié Implication de la mère
10. Superviser trimestriellement des infirmiers au CS	Nombre de supervision réalisé / prévue	Rapport de supervision	Humaines	- appui nécessaire des partenaires aux ZS - partenariat actif sur terrain - mise en commun des ressources
11. Organiser le collecte et analyser les données dans le CS	Nombre de rapport d'activités du CS, élaborés et transmis	Rapports d'activités Rapports SNTS, canevas de collecte de données Rapport d'enquête	Humaines Matérielles Financières	Personnel du CS impliqué BCZS impliquée Partenaires impliqué
12. Suivi mensuel des activités et de la formation dans le CS.	Nombre de suivi réalisé / prévue.	Rapport de suivi	Humaines Matérielles Financières	Idem.

B. NIVEAU COMMUNAUTAIRE	IOV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESES
1. Dénombrer les aveugles et des déficients visuels	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre des aveugles - Nombre des déficients Usuels 	<ul style="list-style-type: none"> - Cahier de dénombrement - Liste de vérification 	<ul style="list-style-type: none"> - Humaines - Matérielles - Financières 	Implication des autorités locales et l'équipe BCZS assurée.
2. Sensibiliser et informer la communauté sur les causes de handicap visuel	Nombre de réunion d'info sensibilisation réalisée/prévue.	- Rapport de réunions de sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> - Humaines - Matérielles - Financières 	Implication des autorités administratives et MCZ acquise.
3. Conseils et dialogue porte à porte sur : <ul style="list-style-type: none"> - encourager le régularité » aux CPN et CPS - encourager la vaccination PEV et la supplémentation vitamine A. - encourager les usages rationnels des médicaments - encourager l'hygiène individuelle environnementale et alimentaire - encourager les moustiquaires imprégnées - abstinence à l'alcool Tabac, drogue pour femme enceinte - décourager le mariage consanguin - décourager l'automédication 	- Nombre de visite à domicile/prévue	<ul style="list-style-type: none"> - Cahier de RC - Rapport d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> - Humaine - Matérielles - Financières 	Implication de la Communauté dans la mise en place des RC
4. Dépister activement les aveugles et les déficients visuels à Domicile par les RC	<ul style="list-style-type: none"> - nombre des aveugles dépistés - nombre de déficients visuels dépistés 	Fiche de dépistage (RC)	Humaines Matérielles	Implication de la communauté

5. Référencer ou orienter les aveugles et les déficients visuels au CS ou structure spécialisée	Nombre des aveugles et déficients visuels référés.	Registre de référence Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Financement des cas référés assuré Implication de la communauté
6. Organiser avec les RC CAC et CODESA les manifestations culturelles pour les aveugles	Nombre des manifestations culturelles réalisées/prévues	Rapport d'activités	Humaines Matérielles	- Implication des autorités administratives locales et de la communauté assurée - Partenariats actifs sur terrain assuré
7. Encourager la fréquentation dans le milieu d'enseignement spécialisé préscolaire scolaire et professionnelle	Nombre des aveugles fréquentant les milieux d'enseignements spécialisés	Rapport d'activités	Humaines Matérielles	Idem
8. Encourager l'organisation des manifestations et de projets générateurs de revenu.	- nombre de manifestation organisée - nombre de projets exécutés.	Rapport d'activités	Humaines Matérielles Financières	Idem
9. Sensibiliser l'entourage des aveugles ou des déficients visuels à adopter un comportement, une attitude et mode de vie favorable à la réintégration socio-professionnelle.	Nombre de séances de sensibilisation réalisées/ prévues	Rapport de réunions de sensibilisation	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté
10. Suivi de la formation de la mère sur les premiers soins des yeux simples	Nombre de visites, de suivi réalisés avec rapport	Rapport de suivi	Humaines Matérielles	Implication de CODESA assurée.

11. Supervision trimestriellement les RC de la CAC.	Nombre de visites trimestrielles réalisées sur prévue	Plan de supervision Rapport de supervision Rapport SNIS	Humaines Matérielles Financière	Idem
12. Collecter et analyser les données dans la communauté	- nombre de rapport d'activité élaborés et transmis	- rapport d'activité - rapport SNIS - canevas de collecte de données - rapport d'enquête	Humaines Matérielles Finances	Implication de la communauté, partenaire et équipe BCZS.
13. Organiser le monitoring de performances dans la communauté	Nombre de réunion trimestrielles de monitoring réalisé/ prévue	Rapport de monitoring Trimestriel	Humaines Matérielles Financières	Appui nécessaire des partenaires Mise en commun de ressource Implication de la communauté.
14. Organiser la revue visuelle de activités PMA/ handicap visuel dans la communauté.	Proportion de communauté ayant organisé la revue annuelle PMA/ handicaps visuels.	Rapport de la revue annuelle	Humaines Matérielles Financières	Appui nécessaire des partenaires aux ZS.

4. ACTIVITES RBC POUR HANDICAP MENTAL DANS LA ZONE DE SANTÉ

A. AU NIVEAU DU CS	IOV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESES
<ul style="list-style-type: none"> · Former les infirmiers à reconnaître un handicap mental et sa cause. · Former ou recycler les infirmiers aux techniques de prise en charge des maladies causant un handicap mental 	Proportion des infirmiers formés ou recyclés	Rapport de formation ou de recyclage	Humaines Matérielles Financières	
3. Disponibiliser les outils et matériels RBC	Equipement, outils, ou intrants mobilisés sur prévues	Bon de commande PV de réception Bon de livraison	Financières	Appui des partenaires aux ZS assuré
4. Dépister précocement les PVH mental	Nombre de PVH mental dépistés	Fiche de consultation Registre Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Personnel de santé impliqué
5. Dispenser le traitement prompt et adéquat des maladies causant les handicaps mentaux	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de malades présentant les affections causant les handicaps mentaux traités au CS - proportion de chaque affection. 	Fiche de consultation Registre Rapport d'activités	Idem	Idem
6. Référer les cas à haut, risque à l'HGR	Nombre de cas à haut risque référé	Rapport d'activité Registre de référence	Humaines Matérielles	Personnel qualifié disponible Financement des cas référés assurés.
7. Orienter la PVH mental vers un centre d'éducation spécialisée	Nombre de PVH mental/ orienté	Rapport d'activité Registre de référence	Humaines Matérielles	Implication des centres d'éducation spécialisée assurée

8. Participer aux activités connexes - campagne de PEV - séances de CPN	Nombre de participation aux activités connexe sur prévue	Rapport d'activité	Humaines Matérielles	- collaboration avec les autres programmes impliqués assuré
9. Supervision trimestriellement des infirmiers au CS	Nombre de supervision réalisé/prévue	Rapport de supervision	Humaines Matérielles	Appui nécessaire des partenaires aux ZS Engagement des partenaires obtenu Mis en commun des ressources
10. Collecter et analyser les données dans le CS	Nombre de rapport d'activité de CS élaboré et transmis	Rapport d'activités Rapport SNIS Canevas de collecte de données Rapport d'enquête	Humaines Matérielles	Implication de partenaires, BCZS et personnel du CS assurée
11. Suivi mensuels des activités et de la formation dans le CS.	Nombre de suivi réalisé/ prévue.	Rapport de suivi	Humaines Matérielles	Implication du personnel du CS.

B. AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ	IOV	SOURCES	RESSOURCES	HYPOTHESE
1. Dénombrer les PVH mental	Nombre de PVH mental	Cahier de dénombrement (RC) Liste de vérifications	Humaines Matérielles Financières	Implication des autorités locales et de l'équipe BCZS assurée
2. Sensibiliser et informer la communauté sur les causes des handicaps mentaux	Nombre des réunions d'info sensibilisations réalisés/prévues	Rapport de réunions de sensibilisation	Humaines Matérielles Financières	Implication des autorités administratives et MCZ acquise
3. Conseils et dialogue porte à porte : - encourager la régularité aux CPN - encourager les accouchements à la maternité - encourager la vaccination au PEV - encourager l'utilisation du sel iodé - encourager le jardinage de cultures maraîchères et l'élevage domestique - encourager l'hygiène du milieu et individuel - encourager une alimentation saine et équilibrée - encourager la moustiquaire imprégnée pour lutte contre la Palu. - Déconseiller les mariages consanguins - déconseiller l'automédication.	Nombre de visite à domicile / prévue	Cahiers de RC Rapports d'activité	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté dans la mise en place des RC
4. Dépister activement les PVH mentaux à domicile par le RC	Nombre de PVH mentaux dépistés	Fiche de dépistage (RC)	Humaines Matérielles	Implication de la communauté

5. Référer ou orienter les PVH mentaux aux centres, d'éducation spécialisée à défaut aux écoles d'enseignements ordinaire	Nombre de PVH mentaux référés	Registre de référence Rapport d'activité	Humaines Matérielles	Financement des cas référés assuré Implication des centres d'accueil assuré
6. Encourager l'intégration dans le milieu ordinaire préscolaire, scolaire et professionnelle les PVH mentaux légères.	Proportion des PVH mentaux intégrée dans le milieu ordinaire pré scolaire Scolaire et professionnel	Enquête		Adaptation des programmes de formations Personnel éducatif qualifié
7. Organiser avec les RC CAC et CODESA les manifestations culturelles et sportives pour les PVH mentaux	Nombre des manifestations culturelles et sportives réalisées / prévue	Rapports d'activité	Humaines Matérielles Financières	Implication des 'autorités locales des partenaires et de la communauté
8. Encourager l'organisation des manifestations et des projets générateurs de revenu pour les PVH mentaux	Nombre de manifestations organisées Nombre de projets d'autofinancement encouragé	Rapports d'activités	Humaines Matérielles Financières	Idem
9. Doter un membre de la famille (la mère) des techniques des gestes courants de la vie (se laver, s'habiller.....)	Nombre de membre de famille formé sur prévue.	Rapport de formation Rapport d'activité	Humaines Matérielles Financières	Implication des familles des PVH mentaux
10. Superviser trimestriellement les RC de la CAC.	Nombre de visite trimestrielles réalisée sur prévue	Plan de supervision Rapport de supervision Rapport de SNIS	Humaines Matérielles Financières	Implication de CODESA assurée.

11. Collecter et analyser les données dans la communauté	Nombre de rapport d'activité de la communauté élaborés et transmis	Rapport d'activité Rapport SNIS Canevas de collecte de données Rapport d'enquête	Humaines Matérielles Financières	Implication de la communauté, partenaires et BCZS
12. Organiser le monitoring de performances dans la communauté	Nombre de réunions trimestrielles de monitoring réalisée/ prévue	Rapport de monitoring trimestriel	Humaines Matérielles Financières	Implications de la communauté, appui nécessaire des partenaires mise en commun de ressource.
13. Organiser la revue, annuelle des activités PMA/ handicap mental dans les communautés avec le CODESA	Proportions de communauté ayant organisé la revue annuelle PMA/handicap mental.	Rapport de la revue annuelle	Humaines Matérielles Financières	Appui nécessaire des partenaires ZS.

ANNEXE III

1. ÉQUIPE PNRBC D'ÉLABORATION DU DOCUMENT

MASUGA MUSAFIRI (DIRECTION)
LULIBA MUELUA ODIN (DOCUMENTATION ET SECRETARIAT)
BENGI KIDAPANZI JOSEPH
MUKUMADI NICOLAS
NGOLELA KALUMBU
NGONGA EMMANUEL
KALUNGA NONON

LA LISTE DE PARTICIPANTS DE L'ATELIER SUR L'HARMONISATION DE LA STRATEGIE RBC/RDC

1. ANANGI MONDANGA J.J.	SECRETAIRE PROVINCIAL ASSOCIATION DES SOURDS
2. ANDRE KABONGO	FORMATEUR/AMD/BDCD
3. BADIBANGA KAPENA	SECRETAIRE GENERAL / ASSOCIATION NATIONALE DES SOURDS DU CONGO (ANSCO)
4. BENJAMIN TSHIBAMBA	DIRECTEUR EXECUTIF/ACHAC
5. BODOGIBASIA BRIGITTE	AGENT PNRBC
6. BOKUSTSHU FELLY	SECRETAIRE GENERAL / FECOPEHA
7. BRIGITTE BWENSA	HANDICAP INTERNATIONAL
8. CECILE COUDEYRAS	TECHNICIENNE ORTHOPEDISTE/CICR
9. DANIEL SUTA NDOZI	SECRETAIRE/ ACOLDEMHA
10. DEBELE ABONDA	INSTITUT NATIONAL POUR AVEUGLES (INAV)
11. DEGAULE NGIONGIO	VICE PRESIDENT/ CRC BUMBU
12. DIEMBI NDOMBELE	CHEF DU PERSONNEL/ CRHP
13. DIMBU MPIUTU	INTERPRETE/ANSCO
14. DJELA DENDE	AGENT PNRBC
15. DONATIEN KARINA	INSPECTEUR/ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, SECONDAIRE ET PROFESSIONNEL
16. Dr YOKO MAILLET	RESPONSABLE DU CENTRE BON DEPART
17. ELIE EHONDAY	SECRETAIRE/CRC CRHP
18. ERICK NGOIE	CHARGE DES PROJETS / ACHAC
19. FAIZA DIEUDONNE	KINESITHERAPEUTE/CRHP

20. FANNY DE WAN	SHC
21. FERDINAND MAKWALA	TECHNICIEN ORTHOPEDISTE/CRHP
22. FRANCOIS BAVUMINA	PRESIDENT/CRC
23. GUY NTAWABA	HANDICAP INTERNATIONAL
24. GUY RAMAZANI	INFIRMIER SUPERVISEUR/ZONE DE SANTE KINSHASA
24. HERMAN CHIRIMWAMI	SECRETAIRE GENERAL/PAPH GOMA NORD-KIVU
25. JACKY BASOLWA MENA	DIRECTEUR/ENSEIGNEMENT PRIMAIRE, SECONDAIRE ET PROFESSIONNEL
26. JANUANPER ZWACHEM	SHC
27. JEAN KUNONGA	KINESITHERAPEUTE/ACHAC
28. KABENGELE MULUMBA	SECRETAIRE ADMINISTRATIF/FECOPEHA
29. KALENGA MWANA YEYE	PRESIDENT/KIEF-ONG
30. KANKONDE LUBOYA	AGENT PNRBC
31. LAMBERT DIOWO	MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES
32. LUVILUKA DIAKONO	CHEF DE SECTION KINESITHERAPIE/ISTM-KINSHASA
33. MAITRE IRENE ESSAMBO	PRESIDENTE/VHDH
34. MALU KANDA	COORDINATRICE / VILLAGES BONDEKO
35. MARTIN LUSAMBILA	SECRETAIRE GENERAL/PAROUSIA ONGD
36. MAURICE ILUNGA	CHEF DE DIVISION/ AFFAIRES SOCIALES
37. MBIZI MWANA	CHEF DE BUREAU DICOREPHA/AFFAIRES SOCIALES
38. MBO JACQUES	SECRETAIRE/ASSOCIATION DES SOURDS DE KINSHASA
39. MENANKUTUALA TUTALA	COORDONNATEUR/PRBC PROVINCE DE BAS CONGO
40. MOTULI AMFRI	AGENT PNRBC
41. MPAKA MAKING	CHEF KINESITHERAPEUTE/CRHP
42. MUANDA BAKOLI	CHEF DE SERVICE KINESITHERAPIE/ HOPITAL DE ND'JILI

HENRI	
43. MULUMBA KIFOTO	DIRECTEUR/MINISTERE DE TRAVAIL ET PREVOYANCE SOCIALE
44. NADINE ILUNGA	KINESITHERAPEUTE
45. NANGA PAMBU	KINESITHERAPEUTE
46. NDONA MARGOT	KINESITHERAPEUTE
47. NENE MALOBA	ACCOMPAGNEMENT DES MALADES A DOMICIL (AMD)
48. NSANGA MAKILA	INSPECTION/ESS MINISTRE DE LA SANTE
49. NTEMO PIERRE	VICE PRESIDENT/ CRC
50. NZONGO MBENGANI	ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRE/CRHP
51. NZONZI GREGROIRE	KINESITHERAPEUTE/PRESIDENCE
52. PANZU NZAU	KINESITHERAPEUTE/VILLAGE BONDEKO
53. PAPY EBUTO BOLIA	ACHAC
54. PROF. MIANGINDULA	DEPARTEMENT MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION/UNIKIN
55. PROF. NKAKUDULU	DEPARTEMENT MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION/UNIKIN
56. REVEREND KAMONYO	COORDONNATEUR/RBC KISANGANI-GOSMAC PROVINCE ORIENTALE
57. ROMAIN THELAMUKEBA	KINESITHERAPEUTE/CRHP TELEMA-LISALA PROVINCE DE L'EQUATEUR
58. RUZINDANA JEAN BAPTISTE	SUPERVISEUR GENERAL COPH/RBC NORD KIVU
59. SŒUR WIVINE MBOMBO	COORDINATRICE RDC-FONDS LILIANE
60. TETE ONADJOMO LOUIS	SECRETAIRE EXECUTIF NATIONAL/ASSOCIATION DES TECHNICIENS ORTHOPEDISTES RDC
61. TSHALA KALONJI	ANIMATRICE/ANSCO
62. TSHIBANDA NDUBA	PRESIDENT/FONDANTION MONSEGNEUR LUC GILLON
63. TSHITENGE BADIMU	Médecin/A.M.HA
64. TSHONGO KATALIKO	REPRESENTANT DES ETUDIANTS Département MEDECINE PHYSIQUE/UNIKIN
65. TSHUNZA PAULINE	VICE PRESIDENTE/ CRC
66. YAV TSHITOMBENU	CHEF DE DIVISION PNRBC

DOCUMENTS CONSULTÉS

- BIT, OMS , UNESCO : Une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et intégration sociale des personnes handicapées, Document d'orientation conjoint, Suisse 2004
- BENDA CYRILLE : administration d'un centre de kinésithérapie, cours-ISTM, 1996, Inédit
- GUY SMAL : Rééducation des traumatisés par schéma, éd. Masson Paris, 1961
- INTERNET : Médecine de réadaptation - réadaptation à base communautaire, google
- INTERNET : vous avez dit « handicap », google
- Handicap International : Bonnes pratiques pour l'insertion économique des personnes handicapées dans les pays en développement, Août 2006
- HANDICAP INTERNATIONAL ET ACHAC : Etude sur la situation des personnes handicapées à Kinshasa, Kinshasa, Mars 1997
- MICHAEL ROY : La réadaptation à base communautaire : Approche éthique in Trait d'union n°23, Juin 2002
- Rapport final de l'atelier sur l'harmonisation de la stratégie RBC en RDC, PNRBC, septembre 2007

