



7^{ème} CONGRES DE LA FEDERATION AFRICAINE DES TECHNICIENS ORTHOPROTHESISTES (FATO)

« Surmonter les obstacles au développement de la réadaptation:
bonnes pratiques pour les plans nationaux »

Yamoussokro CÔTE D'IVOIRE, du 30 SEPTEMBRE au OCTOBRE 2013

LIVRET 5

- ◇ **Décentraliser la prestation de services**
- ◇ **Etendre la couverture de la prestation de services - .
Interventions dispensés dans la communauté**

7th AFRICAN FEDERATION OF ORTHOPAEDIC TECHNICIANS (FATO) CONGRESS

« Addressing barriers to development of rehabilitation - Good practice
for the national plans »

Yamoussokro IVORY COAST, 30 SEPTEMBER to 05 OCTOBER 2013

- ◇ **Decentralizing service delivery**
- ◇ **Expanding service delivery - Community-.....
delivered services?**

BOOKLET 5

RESPONSABILITE

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

RESPONSIBILITY

The African Federation of Orthopaedic Technicians (FATO) has taken all reasonable precautions to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without any warranty of any kind, either expressed or implied. The interpretation and the use of the material are under the responsibility of the reader. In any case, the African Federation of Orthopaedic Technicians (FATO) should not be responsible for damages arising from its use.

REMERCIEMENTS / THANKS



**Livret
5**

PRESTATION DE SERVICES



Plan général / General plan

Livret 1 / Booklet 1

- Plan général-Programme
- General plan-Program

Livret 2 / Booklet 2

- Surmonter les obstacles à la réadaptation: Où en sommes-nous?
- Addressing barriers to rehabilitation: where are we?

Livret 3 / Booklet 3

- Politiques et mécanismes de régulation
- Policies and regulatory mechanisms

Livret 4 / Booklet 4

- Stratégies en RH
- HR strategies

Livret 5 / Booklet 5

- Prestation de Services
- Service delivery

Livret 6 / Booklet 6

- Pratiques professionnelles
- Professional Practice

SOMMAIRE / CONTENTS

Plan général / General plan	4
-----------------------------------	---

FRANÇAIS

DECENTRALISER LA PRESTATION DE SERVICES

Max DENEU

Décentralisation des services: une approche concertée et coordonnée	9
---	---

Nicky SEYMOUR

Mise en place d'un suivi de sensibilisation pour les appareils de mobilité a roues: décentraliser les services pour les dispenser au niveau local	10
---	----

Annie Pascaline ETONG épouse SANDJOCK

La Réadaptation à Base Communautaire : Comme stratégie de lutte contre l'exclusion sociale des personnes handicapées de la commune de Mbalmayo	12
--	----

Dr. Dharmendra KUMAR

Décentralisation des services dans le domaine de la réadaptation	13
--	----

ETENDRE LA COUVERTURE DE LA PRESTATION DE SERVICES - INTERVENTIONS DISPENSEES DANS LA COMMUNAUTE

Chapal KHASNABIS

Introduction au module de formation fauteuil roulant	16
--	----

Grace MUSOKE

Activités RBC en Afrique	17
--------------------------------	----

Abdoul Fatahi ALITCHAWU

Vulgarisation du traitement des pieds bots par la méthode Ponseti au Togo	18
---	----

Soikat GHOSH MOULIC

Lignes directrices pour la réduction des coûts pour accroître l'accessibilité en appareils et accessoires fonctionnels: Un rapport d'étude.....	19
---	----

Tamaly LUTUFYO

Activités RBC associées à l'accès aux services de réadaptation physique	21
---	----

ENGLISH

DECENTRALIZING SERVICES: A CONSENSUAL AND COORDINATED APPROACH

Max DENEU

Decentralizing services: a consensual and coordinated approach 24

Nicky SEYMOUR

Implementation of outreach follow-up for wheeled mobility devices: from service centre to community 25

Annie Pascaline ETONG épouse SANDJOCK

Community Based Rehabilitation as a strategy of social fight against social exclusion of the disabled persons of the municipality of Mbalmayo 27

Dr. Dharmendra KUMAR

Decentralization of services in the field of rehabilitation 28

EXPANDING SERVICE DELIVERY - COMMUNITY-DELIVERED SERVICES

Chapal KHASNABIS

Guidelines World Congress Global Network 30

Grace MUSOKE

CBR in Africa 31

Abdoul Fatahi ALITCHAWU

Extension of clubfoot treatment by Ponseti method in Togo 32

Soikat GHOSH MOULIC

A state initiative- integrating physical rehabilitation program with community based approach 33

Tamaly LUTUFYO

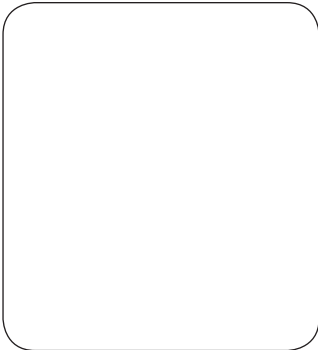
CBR activities in association with access to physical rehabilitation 35

FRANÇAIS

DECENTRALISER LA PRESTATION DE SERVICES



Décentralisation des services: une approche concertée et coordonnée



Max DENEU

*Directeur, Fonds Spécial du CICR pour les Handicapés (FSH)
Genève*

Remarque

Il n'existe pas de résumé en version française. Se référer au site Web de la FATO pour consulter les présentations PowerPoint.



Mise en place d'un suivi de sensibilisation pour les appareils de mobilité à roues: décentraliser les services pour les dispenser au niveau local

Nicky SEYMOUR

Cape Town South Africa
Tél. : 0027845715030
seymour@motivationafrica.org.za

Mots clés: Appareil de mobilité à roues, Fauteuils roulants, Organisation Mondiale de la Santé, Services de rééducation locaux, Service assuré au centre et service détaché.

Objectifs : Les directives de l'OMS indiquent que l'accès à un appareillage peut être limité si le service est centralisé . Le service d'assise proposé au Comprehensive Community Based Rehabilitation Tanzania Tanzanie (CCBRT-Moshi) explore des stratégies pour surmonter les obstacles rencontrés par des groupes d'utilisateurs éloignés du centre. Dans les Directives sur la remise de fauteuils manuels en milieu défavorisé, la dernière étape est le suivi, la maintenance et la réparation . Le CCBRT mène un programme pilote de suivi des services détachés pour déterminer l'efficacité de leur décentralisation pour les appareils de mobilité à roues (AMR). Les services ne seraient plus assurés au centre mais par la collectivité.

Supports et méthodes: Divers partenaires ont été trouvés dans la collectivité, qui peuvent contribuer au programme de suivi détaché. Les postes et fonctions nécessaires ont été clarifiés ; le personnel (travailleurs du SRL, soignants et utilisateurs au niveau local) s'est formé pour acquérir les compétences et capacités nécessaires.

Résultats : nombre de bénéficiaires des services de suivi et nombre de nouveaux utilisateurs orientés sur les services, ensuite comparés aux chiffres enregistrés avant le pilote. Recueil d'informations de type qualitatif.

Discussion : les catégories suivantes : enfants, utilisateurs sujets aux plaies de pression ou ayant subi des modifications posturales, ou ayant des difficultés à suivre la formation de base proposée au service sont prioritaires pour bénéficier d'un suivi, ainsi que les utilisateurs chez qui la rééducation a un effet positif; ou les utilisateurs d'AMR sur terrain accidenté.

Pauvreté, transports inadaptés et moyens de communication médiocres font partie des difficultés contextuelles ; ces facteurs s'accompagnent d'un manque de sensibilisation, de compétences et de capacités au niveau local. La solution du CCBRT a été ce programme de suivi détaché afin d'atteindre d'autres usagers grâce aux organisations de santé communautaires. Les formations disséminent la prise de conscience dans les communautés; elles augmentent les compétences et les connaissances ; et elles créent des réseaux. Sur le plan collectif, c'est la garantie pour les utilisateurs de recevoir des services adaptés lorsqu'ils en ont besoin.

Conclusion : L'avantage d'un suivi dans le cadre du service de fauteuils roulants a été souligné par l'OMS. Il est essentiel que les plans soient mis en place au début de tout modèle de services de fauteuils roulants; et le développement de partenariats est crucial. L'avantage d'un suivi dans le cadre du service de fauteuils roulants a été souligné par l'OMS. Il est essentiel que les plans soient mis en place au début de tout modèle de services de fauteuils roulants; et le développement de partenariats est crucial.

Mise en place d'un suivi de sensibilisation pour les appareils de mobilité a roues: décentraliser les services pour les dispenser au niveau local

Conclusion

L'Orthétique&Prothétique doit aller à un niveau académique plus élevé ; cela entraînera une meilleure qualité des soins.

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



La Réadaptation à Base Communautaire : Comme stratégie de lutte contre l'exclusion sociale des personnes handicapées de la commune de Mbalmayo

Annie Pascaline ETONG épouse SANDJOCK

*RBC : Réhabilitation à Base Communautaire
MINAS : Ministère des Affaires Sociales
MINSANTE : Ministère de la Santé Publique
F FM: Fondation Fair Med
BP: 5807 Yaounde Cameroun
E-mail: sanniepascaline@yahoo.com*

Introduction

L'accès des personnes handicapées aux soins de santé et aux services de réhabilitation reste un grand défi pour les gouvernants et les personnes handicapées elles-mêmes. Les freins à cet accès est du à la raréfaction des structures de réhabilitation ainsi que le coût très élevé des soins. Or il a été démontré selon le rapport mondial sur le handicap de l'OMS 2011 que le taux de pauvreté de cette tranche de la population reste très élevé. Ainsi la RBC se positionne comme une alternative accessible à toutes les couches de la population. Notre intervention s'attellera à présenter la RBC comme alternative de lutte contre l'exclusion des personnes handicapées et facteur de lutte contre la pauvreté.

Matériel et Méthode : Enquêtes, Formation des parties prenantes, sensibilisation, plaidoyers, approche participative.

Objectif : Offrir une réadaptation globale de la personne handicapée ou à risque de développer un handicap à travers les activités de réadaptation à base communautaire dans le district de Mbalmayo.

Résultats

- Le nombre de personnes handicapées ayant accès au service de réadaptation à augmenté (Chirurgie orthopédique, appareillages,.....)
- Le nombre de personnes handicapées ayant bénéficié des activités génératrices de revenus a augmenté
- Le nombre d'enfants handicapés scolarisés a augmenté.
- Discussion: Quel peut être le rôle des communautés dans le processus de réadaptation des personnes handicapées ?
- Quel rôle les Mairies doivent jouer pour faciliter l'accès des personnes handicapées aux services et soins de réadaptation ?
- Quels sont les travers qui entravent l'accès des personnes handicapées au micro crédit ?

Conclusion :

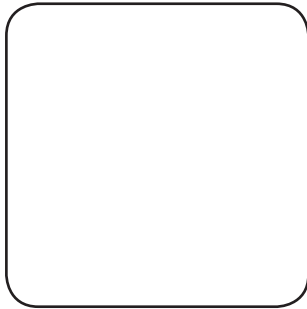
Les activités de prise en charge et de réadaptation des personnes handicapées de la commune de Mbalmayo visent à inclure la personne handicapée autant que faire se peut dans tous les secteurs de la vie sociale à savoir : l'éducation, la réduction de la pauvreté, la santé, à travers les activités de prévention de la survenue du handicap ainsi que celles qu'offre la RBC.

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO

**Décentralisation des services dans le domaine de la réadaptation****Dr. Dharmendra KUMAR**

*Director, PDU Institute for the Physically Handicapped,
4-Vishnu Digamber Marg, New Delhi, India –Zip -110002
Contact no. +91-1123232403
Email: diriph@nic.in*

**INTRODUCTION**

Les services de réadaptation en Inde sont principalement fournis par le biais des organisations gouvernementales et non gouvernementales. Par conséquent, les services des institutions qui font partie intégrante du système de prestation de services sont limités aux capitales et les grandes villes seulement. Il est ironique de constater que la majorité des personnes handicapées soit plus de 70% d'entre eux vivent dans les zones rurales alors que, la plupart du centres de réadaptation plus de 80% d'entre eux sont situés dans les zones urbaines et dans les très grandes villes.

OBJECTIF

De plus en plus on a l'impression que, pour répondre à l'aspiration du peuple dans les sociétés rurales et éloignées, un système acceptable localement, qui peuvent non seulement identifier les problèmes des personnes vivant dans ces zones, mais peut aussi concevoir l'infrastructure, les aides et les appareils et systèmes qui seront localement réalisables et bénéfiques pour les acteurs locaux doit être développé.

METHODE

Le gouvernement de l'Inde a mis en place une dizaine d'instituts de niveau, afin de répondre aux besoins de réadaptation des personnes handicapées vivant dans différentes parties du pays. Sept d'entre eux relèvent du Ministère de la justice sociale et de l'autonomisation et trois relèvent du Ministère de la Santé. Pour étendre la prise en charge institutionnelle supplémentaire six centres régionaux composites ont également été mis en place dans les différents Etats du pays. Afin d'accompagner ces organismes, le gouvernement de l'Inde a également mis en place plus de 150 centres de district de réadaptation des personnes handicapées. Actuellement, ces centres sont financièrement contrôlés par le Ministère de la justice sociale et de l'autonomisation. Le système des services de réadaptation est en quelque sorte contrôlé par un système monotone qui ne fait pas de distinction entre les besoins de la société celui de créer une uniformité dans le système

RESULTATS

Ainsi, un système de livraison à différents niveaux ayant trait aux services de réadaptation a été mis en place au cours des dix dernières années. Il est évident que de tels services sont désormais accessibles à dès la base et des programmes gouvernementaux sont désormais mis en œuvre avec succès

DISCUSSION & CONCLUSION

La décentralisation est la nécessité de l'heure étant donné que chaque société a ses différentes exigences, en fonction de son emplacement, sa structure sociale et de l'environnement local. La réadaptation des personnes handicapées ne peut pas être appliquée uniformément à tous les systèmes. Les besoins sont localisées, individuels spécifiques et a base régionale. Afin de rendre le système de prestation de services utiles, il est essentiel que l'infrastructure soi créée en fonction de la démographie et de l'ampleur du problème du handicap dans ce domaine. Au lieu d'appliquer un système de contrôle centralisé et uniforme.

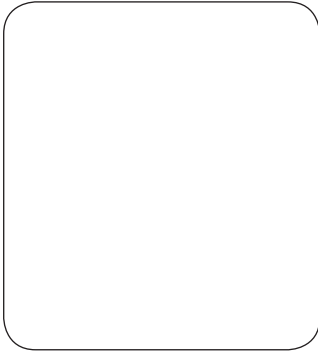
Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO

ETENDRE LA COUVERTURE DE LA PRESTATION DE SERVICES - INTERVENTIONS DISPENSEES DANS LA COMMUNAUTE



Introduction au module de formation fauteuil roulant



Chapal KHASNABIS

khasnabisc@who.int

Remarque

Il n'existe pas de résumé en version française. Se référer au site Web de la FATO pour consulter les présentations PowerPoint.



Activités RBC en Afrique

Grace MUSOKE

*CBR AFRICA NETWORK.
P.O. BOX 114, KYAMBOGO, UGANDA
Musoke, Grace. grace@afri-can.org*

Objectives

Cette présentation donne un aperçu de CBR Africa Network et son rôle dans la promotion de la RBC comme une stratégie efficace en Afrique à travers la documentation et la diffusion des bonnes pratiques en mettant l'accent sur l'encouragement de la réplication des programmes dans les différentes communautés. Elle met également en évidence les points forts et les défis auxquels il est confronté dans la mise en œuvre de ses activités, tout en fournissant des recommandations.

Méthodes

Une enquête sur les programmes de RBC existants menée en Afrique détaillant la nature des programmes, les objectifs, les groupes cibles et des informations de contact. Des conférences régionales et des ateliers d'écriture participatives qui facilitent la documentation des bonnes pratiques dans les interventions des travailleurs RBC dans différents pays.

Résultats

L'enquête sur les programmes de RBC en Afrique a mis en lumière un certain nombre d'initiatives bien intentionnées qui visent à améliorer l'accès aux services pour les personnes handicapées dans la communauté. Ils mettent également en évidence la nature du financement et du soutien reçu pour les programmes qu'il s'agisse du gouvernement ou des ONG ou des organisations communautaires. Les conférences et ateliers d'écriture participatifs ont facilité la documentation des bonnes pratiques et la communication de ces expériences entre les agents de RBC et d'autres parties prenantes.

Discussion et Conclusion

CAN a identifié la nécessité de renforcer encore ses efforts de partage de documentation et d'information grâce à l'intégration du français et de l'arabe dans la communication, l'identification et l'utilisation de stratégies de diffusion qui ne sont pas entièrement tributaire des TIC, et d'entretenir la culture de la documentation. Il est nécessaire d'intégrer la documentation et de la recherche en tant que partie intégrante des programmes de RBC ainsi que de bonnes pratiques peuvent être tirées et peut-être répliqués pour atteindre une population plus large des personnes handicapées

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



Vulgarisation du traitement des pieds bots par la méthode Ponseti au Togo

Abdoul Fatahi ALITCHAWU

*Communicateur en Développement et Relations Publiques,
Coordinateur national du projet Pieds Bots Togo.
abdoufatahi.alitchawu@cureinternational.org*

Co-auteurs

*Linda Hansen, Coordinatrice Afrique, CURE International,
linda.hansen@cureinternational.org*

M. TCHANI WADOU Bana, Kinésithérapeute, adjoint chef PITR, safioukine@yahoo.fr

Mots clés: Pauvreté, Handicap, RBC, Prévention, Population rurale, Soins de qualité pour tous.

Introduction:

La perception négative du handicap est un phénomène récurrent au Togo exposant les personnes handicapées à la discrimination et à la stigmatisation. Le traitement du pied bot chez les enfants a une portée à la fois curative et préventive.

Objectif:

Informar les acteurs de l'effectivité de la prise en charge des enfants présentant les pieds bots par la méthode Ponseti au Togo et le défi de la vulgariser par le biais de la Réadaptation à Base Communautaire.

Matériel et méthode:

Partage d'une expérience faite au Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO- Lomé) avec l'appui du Mercy Ships sur 12 enfants dont les pieds ont été totalement corrigés. Ce résultat a permis d'obtenir un financement de l'USAID par le biais de CURE International. Ainsi, le traitement des pieds bots s'est étendu dans 3 autres centres régionaux (Sokodé, Kara et Dapaong) pour la prise en charge des enfants de 0 à 24 mois.

Résultats:

Commencée en septembre 2011, 138 enfants sont pris en charge avec 129 correction complète (soit 93,47%), 19 professionnels de réadaptation formés, 4 médecins chirurgiens formés, 4 cliniques opérationnelles, 2 écoles de formation professionnelle (ENAM et ENFS) impliquées, environ 4500 personnes touchées par des sensibilisations de masse, des émissions radios et télévisions réalisées.

Discussions:

Les pieds bots étaient traités au Togo depuis l'existence des praticiens de la réadaptation en botte plâtrée et les attelles orthopédiques. Le résultat ne suivant pas, le traitement est jugé inefficace (cas de récurrence). Aussi, le coût du traitement étant élevé (80 000 à 160 000 FCFA), il n'est pas à la portée de la population togolaise entraînant des désistements et abandons.

Conclusion:

L'état de paupérisation des populations nécessite à ce que nous rapprochons plus ce traitement aux bénéficiaires surtout des milieux ruraux qui éprouvent des difficultés à se déplacer pour les soins.

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



Lignes directrices pour la réduction des coûts pour accroître l'accessibilité en appareils et accessoires fonctionnels: Un rapport d'étude

Soikat GHOSH MOULIC

Professeure agrégée, HMM College, Kolkata, Inde, T : 919433724499, drdipanwita@yahoo.com

*Co-auteur : Datta, Tarit Kumar
Chargé de cours, Orthèses, Institut national pour handicapés orthopédiques, Kolkata, Inde, taritdatta@yahoo.co.in*

Objectifs: Le manque d'appareils et accessoires fonctionnels empêche la majorité des personnes handicapées de participer pleinement aux activités quotidiennes. Les décideurs politiques ont exprimé leur grave préoccupation face à la «disponibilité limitée culturellement adaptés, de haute qualité et à faible coût appareils et accessoires fonctionnels à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays les plus pauvres (CESAP, 1997).»

Cette tendance en Inde se reflète dans le fait que seulement 17,5% des personnes atteintes de handicap moteur (ONSS rapport, 2002-03) ont eu accès à des appareils et accessoires fonctionnels, avec 45% des bénéficiaires non-citant des prix élevés comme la principale cause de non-acquisition.

Un pays ne peut surmonter la situation une fois la production et la distribution en ligne réalise des économies d'échelle et fonctionne efficacement.

Nous avons entrepris une étude de cas et procédé à une analyse des séries chronologiques de l'évolution du coût unitaire et de la structure des prix de 30 producteurs privés appareils et accessoires fonctionnels trouve à Kolkata, une métropole indienne dans la période 2005-2010 et a essayé de proposer des solutions pour améliorer l'économie d'échelle dans les achats et la production d'appareils et accessoires fonctionnels.

Méthodes: Nous avons réalisé une méthode en deux étapes d'échantillonnage aléatoire stratifié pour sélectionner les unités. Dans la première étape, nous avons choisi au hasard dix autorités de prescription, les médecins privés à Kolkata, qui s'est référé aux personnes handicapées d'prestataires de services privés. Unités visées ont été choisis au hasard parmi les prescriptions. Les données d'entrées-sorties ont été recueillies pour les cinq ans et vérifiée pour les paramètres d'efficacité.

Résultats: Seulement quatre unités ont été trouvés pour être en mesure de réduire le prix par unité de ses produits. Pour tous les autres, une hausse des prix de 10% a été notée pour la période considérée. Lorsqu'on lui a demandé d'annoter ses problèmes, les unités citées élevée par coût unitaire des matières premières, le coût élevé des produits importés, l'incapacité d'acquérir des finances pour l'expansion.

Nous avons noté la duplication des efforts considérables en termes de développement des appareils et accessoires fonctionnels. Le manque de main-d'œuvre qualifiée et l'insuffisance de l'assimilation de la base de connaissances E-étaient autres moyens de dissuasion.

Discussion: Economie noter que la réduction par unité de coût vient à travers la réalisation d'efficacités opérationnelles réalisées sous la forme de (i) l'achat (achat en gros) (ii) financier (obtention de prêts d'intérêt

plus bas) (iii) la commercialisation (iv) la gestion (v) efficacité technique.

Sur la base de notre étude, nous proposons un système de

- Fournir une licence de production pour l'ensemble de ces unités
- Un chèque de compétences sous la forme d'un diplôme technique pour déterminer la qualité du produit
- Encourager les recherches.
- Le regroupement de ces unités de production non organisés sous un parapluie où
 - (A) Achat d'intrants
 - (B) le lobbying pour des coupes de droits d'importation
 - (C) L'acquisition d'un soutien financier

être fait en utilisant la force de négociation collective de l'entente.

Conclusion: Les unités enquêtées étaient des unités du secteur informel opérant à la périphérie avec un personnel squelettique et des infrastructures. Une nouvelle injection de capitaux et de savoir-faire serait d'aider ces unités à indigéniser et fabriquer des dispositifs d'assistance disponibles pour les personnes handicapées à faible coût. (534 mots)

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



Activités RBC associées à l'accès aux services de réadaptation physique

Tamaly LUTUFYO

CCBRT P.O.BOX 23310, DAR ES SALAAM
TANZANIE
email: tamaly.lutufyo@ccbrrt.or.tz

MOTS CLES:

Réadaptation à Base Communautaire, CCBRT (Réadaptation à Base Communautaire en Tanzanie), Personnel RBC, Physiothérapeutes, Ergothérapeutes et Enfants handicapés

OBJECTIF: Accroître l'accès aux services de réadaptation à travers les activités RBC

METHODE

Le CCBRT est une organisation non-gouvernementale qui a mis en place son premier programme de Réadaptation à Base Communautaire (RBC) en 1994 à Dar es Salaam. Le programme comprend maintenant le « Disability Hospital ». Le programme RBC a été étendu à Moshi, dans la partie nord de la Tanzanie. Le programme RBC fournit des services de réadaptation dans ses unités de services et via les visites à domicile. Les services de réadaptation sont donnés, dans les unités de services, par le personnel RBC en étroite collaboration avec les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Les visites à domicile sont aussi faites par le personnel RBC, pour ceux qui ne peuvent se déplacer dans les unités de services. Les services donnés par les unités de services incluent : la thérapie, la prise en charge des pieds bots, le référencement vers d'autres services et la provision d'aides techniques. Les visites à domicile sont faites pour ceux qui ne peuvent visiter régulièrement les unités de services. Les services donnés lors des visites à domicile incluent : l'évaluation de l'environnement de vie, l'évaluation des progrès du client, collaboration avec la famille pour le design et la fabrication locale d'aides techniques, l'entraînement à la mobilité et des formations sur les activités de la vie quotidienne.

RESULTATS

Il y a 11 unités de service qui reçoivent de 25 à 30 clients. Pour la période de janvier à juin : 442 visites à domicile, 36 clients ont suivi l'entraînement à la mobilité, 4,141 clients ont reçu des services dans les 11 unités, 420 enfants avec pied bot ont été suivis (incluant CASTING) dans unités de services et 1,541 évaluations des capacités ont été complétées (pour nouveaux et anciens clients).

CONCLUSION

L'approche du début, dans un hôpital, était une approche individuel qui nécessitant beaucoup de ressources humaines et qui avait moins d'impact. Il y a deux ans, l'approche a été changée vers les unités de services, ce qui a permis une meilleure utilisation des ressources humaines et l'implication des parents. Les parents sont formés afin de continuer le traitement à la maison avec comme objectif de permettre l'intégration des enfants handicaps dans le réseau scolaire national.

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO

ENGLISH

DECENTRALIZING SERVICES: A CONSENSUAL AND COORDINATED APPROACH



Decentralizing services: a consensual and coordinated approach

Max DENEU

*Director, ICRC Special Fund for the Disabled (SFD)
Geneva*

Notice

There is no abstract in English. Please refer to the website of the FATO to view PowerPoint presentations.



Implementation of outreach follow-up for wheeled mobility devices: from service centre to community

Nicky SEYMOUR

Cape Town South Africa
Tél.: 0027845715030
seymour@motivationafrica.org.za

Keywords: Wheeled mobility device, Wheelchairs, World Health Organisation, Community Based Rehabilitation, Centre-based service and outreach service

Objectives: The WHO CBR guidelines state that access to assistive devices may be limited by centralised service provision. The seating service at the Centre for Community Based Rehabilitation Tanzania (CCBRT) is exploring strategies to overcome the barriers experienced by remotely located user groups. The final step in the Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings is Follow-up, maintenance and repair. CCBRT is undertaking an Outreach Follow-up pilot programme to assess the efficacy of decentralizing these services for wheeled mobility devices (WMD) from centre based to community-level.

Materials and methods: The pilot has identified a range of partners within the community; to contribute to the Outreach Follow-up programme. Discussions have clarified the roles and responsibilities; training provided has built the skills and capacity of personnel such as CBR workers, community health workers and users, to ensure that they are able to be effective in this role.

Results: The number of WMD users receiving follow-up services, and the number of new users referred; compared with numbers prior to the pilot. Qualitative information will also be gathered

Discussion: Priority in follow-up is required by WMD users in the following categories: children, users at risk of developing pressure sores or with postural modifications, and users who have difficulty in following the basic training given at the service. Follow-up is also important for users who experience the positive impact of rehabilitation; or for those using a WMD in very rough environments.

Contextual challenges include poverty, inadequate transport, and poor communication systems; this is combined with a lack of awareness, skills and capacity within local communities. CCBRT have responded by designing the programme to transform their centre-based service into one that reaches out through Community Health organisations. The training strategies spread awareness; increase the skills and knowledge; and create networks. Collectively this ensures that users receive appropriate and timely services.

Conclusion: The benefit of follow-up within wheelchair service provision has been highlighted in the WHO Guidelines. The development of plans for outreach follow-up is essential at the outset of any wheelchair service model; and the importance of partnership development cannot be underestimated.

Conclusion

P&O in Africa needs advanced education and research within it, the result of which will be higher quality and more effective health care that is of better value to society.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



Community Based Rehabilitation as a strategy of social fight against social exclusion of the disabled persons of the municipality of Mbalmayo

Annie Pascaline ETONG épouse SANDJOCK

*RBC : Réhabilitation à Base Communautaire
MINAS : Ministère des Affaires Sociales
MINSANTE : Ministère de la Santé Publique
F FM: Fondation Fair Med
BP: 5807 Yaounde Cameroun
E-mail: sanniepascaline@yahoo.com*

Introduction

The access of the persons with disability in health care and in services of rehabilitation stays a big challenge for the government and the disabled persons themselves. The brakes to this access is the lack of structures of rehabilitation as well as they are very high cost of the care. Yet, it was demonstrated according to the world report 2011 on disability by the World Organization of Health that the rate of poverty of this slice of population remains very high. So CBR stands as an alternative accessible to all the cost of the persons with disability. Our intervention will get down in presenting the CBR as an alternative of fight against social exclusion, of the disabled persons and the mailman of struggle against poverty.

Materials and Methods: Inquiries, Trainings of stakeholders, the raising awareness, the pleas, the participative approach

Objective: Offer a global rehabilitation of the disabled persons through the CBR activities in the district of Mbalmayo.

Results:

- The number of persons with disabilities having access to rehabilitation services increased (orthopedics, operation, equipment.....)
- The number of disabled persons having benefited from the generative activities increased.
- The number of schooled children with disabilities increased.

Discussions:

- What can be the role of the municipality in the process of rehabilitation of persons with disabilities?
- What role do city halls have to play to facilitate the access of persons with disabilities to services of rehabilitation?
- What are the faults which hinder the access of persons with disabilities to microfinance credits?

Conclusion:

The activities of rehabilitation of the disabled persons of the municipality of Mbalmayo aim at including the persons with disabilities as much as making it can in.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



Decentralization of services in the field of rehabilitation

Dr. Dharmendra KUMAR

*Director, PDU Institute for the Physically Handicapped,
4-Vishnu Digamber Marg, New Delhi, India –Zip -110002
Contact no. +91-1123232403
Email: diriph@nic.in*

INTRODUCTION

The rehabilitation services in India are mainly being provided through Government and Non-Government organizations. Therefore, the institutional services which are an integral part of service delivery system are limited to capital cities and major cities only. It's an irony that majority of the persons with disabilities that is more than 70% of them are living in rural areas whereas, most of the rehabilitation centres more than 80% of them are located in urban areas and that too in big cities.

OBJECTIVE

It is increasingly being felt that in order to meet the aspiration of the people in the remote and rural societies, a locally acceptable system need to be developed which can not only identify the problems of the people living in these areas but also can devise the infrastructure, aids & appliances and system which will be locally implementable and beneficial to the local stakeholders.

METHOD

The Government of India has established ten apex/national level institutes to cater to rehabilitation needs of persons with disabilities living in different parts of the country. Seven of them are under the Ministry of Social Justice & Empowerment and three are under the Ministry of Health. To extend the institutional care further six Composite Regional Centers have also been established in different states of the country. To support these organizations Government of India has also established more than 150 District Disability Rehabilitation Centres. Presently these centres are financially controlled by Ministry of Social Justice & Empowerment. The system of rehabilitation services is in a way controlled by a monotonous system which does not differentiate between the needs of once society with another to create uniformity in the system.

RESULT

Thus, a multilayer delivery system pertaining to rehabilitation services has been put in place over the period of last ten years. It is evident that such services are now accessible to grass root levels and various government schemes are now implemented successfully.

DISCUSSION & CONCLUSION

Decentralization is the need of the hour as each society has its different requirements, depending upon its location, social structure, and local environment. The rehabilitation of persons with disabilities cannot be uniformly applied to every system. The needs are localized, individual based and area specific. In order to make the service delivery system useful, it is essential that infrastructure is created according to the demography and magnitude of disability problem in that area. Instead of applying a centrally controlled uniform system.

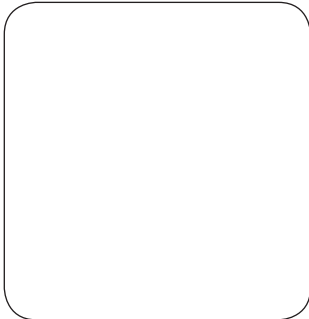
Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.

EXPANDING SERVICE DELIVERY - COMMUNITY- DELIVERED SERVICES



Guidelines World Congress Global Network



Chapal KHASNABIS

khasnabisc@who.int

Notice

There is no abstract in English. Please refer to the website of the FATO to view PowerPoint presentations.



Grace MUSOKE

*CBR AFRICA NETWORK.P.O. BOX 114, KYAMBOGO, UGANDA,
grace@afri-can.org*

Objectives

This paper provides an overview of CBR Africa Network and its role in promoting CBR as an effective strategy in Africa through documentation and dissemination of good practices with a focus on encouraging replication of the programmes in different communities. It also highlights the strengths and the challenges it faces in the implementation of its activities whilst providing recommendations.

Materials and Methods

A survey of existing CBR programmes conducted in Africa detailing the nature of the programmes, objectives, target groups and contact information. Regional conferences and participatory writing workshops that facilitate the documentation of good practices in CBR interventions by CBR workers in different countries.

Results

The survey of CBR programmes in Africa has brought to light a number of well-intentioned initiatives that aim at improving access to services for persons with disabilities in the community. They also highlight the nature of funding and support received for the programmes whether government or NGOs or CBOs. The conferences and participatory writing workshops have facilitated the documentation of good practices and communication of these experiences between the CBR workers and other stakeholders.

Discussion and Conclusion

CAN has identified the need to further strengthen its documentation and information sharing efforts through the incorporation of French and Arabic in communication, identification and use of dissemination strategies that are not wholly reliant on ICT, and nurturing the culture of documentation. There is need to integrate documentation and research as an integral part of CBR programmes so that good practices can be learnt from and possibly replicated to reach a wider populace of persons with disabilities.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



Extension of clubfoot treatment by Ponseti method in Togo

Abdoul Fatahi ALITCHAWU

*Communicator in Development and Public Relations,
Togo CCW Program, Country Coordinator.
abdoulfatahi.alitchawu@cureinternational.org*

Co-authors

*Linda Hansen, Coordinatrice Afrique, CURE International,
linda.hansen@cureinternational.org*

M. TCHANI WADOU Bana, Kinésithérapeute, adjoint chef PITR, safioukine@yahoo.fr

Main theme: Expanding service delivery - Community-delivered services

Keywords: Poverty, Disability, CBR, Prevention, Rural, quality care for all.

Introduction:

The negative perception of disability is a recurrent phenomenon in Togo which causes discrimination and stigma to disabled people. Treatment of clubfooted children has both preventive and curative range.

Objective:

Inform stakeholders of the effectiveness of the treatment of children with clubfoot by the Ponseti method in Togo and the challenge of popularizing it through the Community Based Rehabilitation.

Materials and methods:

Sharing of an experience at the CNAO Lome with the assistance of Mercy Ships on 12 children whose feet were completely corrected. This result allowed obtaining funding from USAID through CURE International. So, the treatment of clubfoot has spread to three other regional centers (Sokodé, Kara and Dapaong) for the treatment of children aged between 0 to 24 months.

Results:

Begun in September 2011, 138 children are supported with 129 full correction (93.47%), 19 rehabilitation professionals trained, 4 surgeons trained, 4 operational clinics, 2 vocational schools (ENAM and ENFS) involved, about 4,500 people concerned by sensitization made through group discussions, radio and television programs.

Discussion:

Clubfeet were treated in Togo since the existence of rehabilitation practitioners with plaster boot and orthopedic splints. This didn't give good results because of many recurrent feet, so the treatment is considered ineffective. Also, the high cost of the treatment (80 000 to 160 000 FCFA), which the Togolese population could not afford caused many withdrawals and dropouts.

Conclusion: The state of impoverishment requires that we extend this treatment to more beneficiaries especially in rural areas who have difficulties to travel for care.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



A state initiative- integrating physical rehabilitation program with community based approach

Soikat GHOSH MOULIC

AD-Technical, Mobility India, Bangalore, India. Tel- +91-80-26492222, 26494444, e-mail- soikat@mobility-india.org

Author: Rajesh Tiwari, Dep. Director, DSW, Govt. of Chhattisgarh, India e-mail- rajesh_orthotist@yahoo.com

Key words- Community development, strategy, empowerment, beneficiaries, service providers, rehab professionals, state initiative

Objective: Physical rehabilitation program and community based rehabilitation approach, though quite synonymous; often fail to meet the common goals. Physical rehabilitation of a person with disability is often a challenge as key elements are often missing to bridge the gaps that are present in communities. The first state initiative was planned to identify the missing links and come out with a strategy to meet the need of persons with disabilities living within the communities with limited access. It is also to create an environment where the beneficiaries of physical disability program could be empowered to take decisions to suit their need and larger inclusions.

Method: The approach was to organise a consulting workshop to develop a dialogue among the actors and stake holders (beneficiaries of services, service providers, rehabilitation professionals, government officials, policy makers) providing rehabilitation care in the region in order to develop a network approach which will facilitate their empowerment in the program of assistance to people with disabilities.

The Department of Social Welfare, Government of Chhattisgarh with support of ICRC India and Society for Prosthetics and Orthotics (NMS of ISPO in India) organised the three days consultation workshop. The first national level consultation workshop in India was held in March 2012.

Resource person with experience of community development program all over the country were invited representing the national institutions, leading NGOs, regional CBR program managers and other key personnel. The participants represented health personnel like therapists, social workers, teachers, administrators from the region. The core group was also represented by the persons with disabilities from the region.

The deliberations were focused to get a sustainable strategy which could answer the questions on how to take the network forward and make it strong ensuring empowerment of communities and its stake holders in the implementation of appropriate physical rehabilitation program.

A state initiative- integrating physical rehabilitation program with community based approach

Results: Serious lack of empowerment and ignorance of guaranteed basic human rights among the service users was evident. Huge need for capacity building of the stake holders, service providers is indicated. To have more numbers of trained man power to take up service provision at all levels of community. The service provision to be designed and developed as per the need of the community and to reach the unreached. The state machinery will have to ensure it through law enforcements and sound follow up strategies.

Discussions: There was a consensus that there is need for cross disability and multisectoral approach with bottom up strategy in community development program. Effort should be made to bring the beneficiaries to the central point of any discussion and it should evolve out of their need and suggestions. The emphasise has to be "NOTHING FOR US WITHOUT US".

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



CBR activities in association with access to physical rehabilitation

Tamaly LUTUFYO

CCBRT P.O.BOX 23310, DAR ES SALAAM
TANZANIA
email address: tamaly.lutufyo@ccbrrt.or.tz

KEY WORDS:

CBR - Community Based Rehabilitation
CCBRT - Community Based Rehabilitation in Tanzania
CRWs - Community Rehabilitation Workers
PTs - Physiotherapists
OTs - Occupational Therapists
CWDs - Children with Disabilities

OBJECTIVE: Increase access to physical rehabilitation through CBR Activities

METHOD

CCBRT a non - governmental organization established its first CBR program in Dar es Salaam in 1994, now it comprises Disability Hospital as one of its program.

To date its CBR activities have been extended to Moshi – in the northern part of Tanzania. The CBR program provides rehabilitation services at support units as well as home visits. CRWs are the ones who provide rehabilitation services in the support units in collaboration with PTs and OTs. These CRWs also pay home visits for clients who cannot go to the support units.

Among the services provided in the support units include therapy and club foot, referrals to other services, and provision of assistive devices. Home visits service is done to the clients who cannot attend support units regularly. Services under home visits include the following; assessment of environment for the new client, evaluate the progress of the client, collaborate with the family to design and make locally made assistive device, Orientation and Mobility training (O&M) as well as training on life skills.

RESULTS

There are 11 support units; the attendance in the support units is 25 – 50 clients per support unit.

For the period of January - June 2013: 442 home visits completed; 36 clients trained on orientation and mobility; 4141 client received services from support unit, 420 Club foot review and casting done in two support units and 1541 standard capability assessment were completed for both new and follow up patients.

CONCLUSION

The former approach in the hospital setting was an individual approach which needed extra manpower and less impact. About two years now the approach changed to a group work and utilizing the existing manpower in a more effective way as parents are fully involved. Parents are trained to continue with the treatment in their home settings. The aim is to ensure that children with disabilities are integrated into the normal primary schools.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.