



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 3

- ◇ Politiques et mécanismes de réglementation - Plans nationaux de réadaptation et mécanisme de collaboration
- ◇ Financer & développer des mécanismes pour la réadaptation

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

- ◇ Policies and regulatory mechanisms - National
rehabilitation plans and Collaboration mechanisms
- ◇ Financing & developing mechanisms for rehabilitation

BOOKLET 3

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
3

POLITIQUES ET MÉCANISMES DE RÉGULATION



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

POLITIQUES ET MECANISMES DE REGULATION - PLANS NATIONAUX DE READAPTATION ET MECANISMES DE COLLABORATION

Mamadou DOSSO

La réadaptation des personnes en situation de handicap en Côte d'Ivoire » : Bilan et perspectives.	11
--	----

Salome SARIA

Evaluation de l'impact de la politique nationale sur le handicap	16
--	----

Delphine NDOUBANADJI TARAM

Rôle et place de la réadaptation dans le système de santé au Tchad	18
--	----

Toussaint G. KPADONOU

Programme pluriannuel de développement de la réadaptation au Benin	19
--	----

Claude SIMONNOT

Réflexions sur une stratégie de développement de soins de rééducation-réadaptation dans un dispositif sanitaire et social	21
--	----

Godefroid KAMWENUBUSA

Stratégie de développement de la kinésithérapie-réadaptation médicale : l'expérience innovante du Burundi	22
--	----

PINDA Akoua épouse BOWESSIDJAOU

Le réseau national RBC au Togo.....	24
-------------------------------------	----

Jeanne KAGWIZA

Mécanisme de collaboration le modèle de Kigali Health Institute (KHI), Rwanda.....	25
--	----

Jacques SWANEPOEL

Le besoin en Afrique du Sud pour la mise en œuvre d'un système (CPD) développement professionnel continu pour P & O professionnels qui incluent tous les niveaux de P & O enregistrement. L'importance de la mise en œuvre de la formation continue est discuté et les avantages qu'elle détient pour l'ensemble du système médical	26
--	----

Masse NIANG

Perspectives de collaboration régionale.....	27
--	----

FINANCER ET DEVELOPPER DES MECANISMES POUR LA READAPTATION

Memon FOFANA

Accessibilité et financement des services de santé en Afrique Subsaharienne: le cas de la Côte d'Ivoire 29

Abdouramane COULIBALY

L'impact des tiers payeurs sur les activités d'un centre de réadaptation physique : le cas de vivre debout Cote d'Ivoire 30

Caroline BOLTZ

Les fonds d'équité pour la réadaptation fonctionnelle
Expériences au Mali 32

Dr. Polepole TSHOMBA

Intégration et financement de la réadaptation dans les soins de sante primaires : expérience en cours au sud Kivu 33

PRESENTATIONS LIBRES : PROTHESES

Alain PILLAH

Amputation des membres inferieurs et appareillage : expérience du centre d'appareillage « vivre debout » a Abidjan 36

Harifidy Christian RAFAMATANANTSOA

La prise en charge d'un amputé tibial est le travail d'une équipe pluridisciplinaire. 38

M. Timothée PAKOUYOWOU

PROTHESE DE L'AVANT-BRAS: Une technique de moulage qui garantit le succès de la prothèse
40

Ali CISSE

Appareillage précoce d'une poly malformation congénitale des extrémités de l'enfant: expérience du centre d'appareillage orthopédique vivre-debout à Abidjan 41

Philippe CHANAL

Optimisation du déroulé du pas pour une population de sujets amputés présentant une activité réduite..... 43

Drikus REINECKE

Franchir les barrières de la réadaptation par le développement de prothèses de pointe 44

Drikus REINECKE

Une vue sur l'avenir de l'esprit contrôle des prothèses des membres supérieurs 45

ENGLISH

POLICIES AND REGULATORY MECHANISMS - NATIONAL REHABILITATION PLANS AND COLLABORATION MECHANISMS

Mamadou DOSSO

Readjustment of Disabled Persons in Côte d'Ivoire»: Assessment and prospects 51

Salome SARIA

Assessment of the impact of the national policy on disability..... 60

Delphine NDOUBANADJI TARAM

Importance of rehabilitation in the Public Health System in Chad..... 62

Toussaint G. KPADONOU

Multi-year development rehabilitation program in Benin 63

Claude SIMONNOT

Strategy of physical and functional rehabilitation care development within a health and social system 64

Godefroid KAMWENUBUSA

Strategy for development of physiotherapy and medical rehabilitation: the innovating experience of burundi..... 65

PINDA Akoua épouse BOWESSIDJAOU

Togo national CBR network..... 67

Jeanne KAGWIZA

Human resource for health; in service training strategies: the model of Kigali health institute, Rwanda 68

Jacques SWANEPOEL

The need in south Africa for implementing a continuous professional development (CPD) system for P&O professionals that include all levels of P&O registration. The importance of implementing CPD is discussed and the benefits it holds for the whole medical system..... 70

Masse NIANG

Prospects for Regional Cooperation..... 72

FINANCING AND DEVELOPING MECHANISMS FOR REHABILITATION

Memon FOFANA

Affordability and financing of health services in sub-Saharan Africa: the case of Côte d'Ivoire 74

Abdouramane COULIBALY

The impact of the third-party payers on the activities of a physical rehabilitation centre : the case of vivre debout in Cote d'Ivoire 75

Caroline BOLTZ

Equity funds for rehabilitation: Experiences in Mali 77

Dr. Polepole TSHOMBA

Integration and financing of rehabilitation in primary health care:
Current experience in south Kivu 78

OPEN PAPERS: PROSTHETICS

Alain PILLAH

Lower limbs amputation and fitting: experience of the orthopedic centre “vivre debout” in Abidjan⁸¹

Harifidy Christian RAFAMATANANTSOA

Support of a transtibial amputee is the work of a multidisciplinary team 82

M. Timothée PAKOUYOWOU

Forearm prosthetic: a molding technique that guarantees the success of the prosthetics 84

Ali CISSE

Early fitting of child poly-congenital malformations of the extremities: vivre-debout orthopaedic workshop's experience 85

Philippe CHANAL

Optimization of the rollover in a population of low activity amputees 86

Drikus REINECKE

Crossing barriers of rehabilitation through development of advanced prosthetics 87

Drikus REINECKE

Targeted Muscle Reinnervation 88

FRANÇAIS

POLITIQUES ET MECANISMES DE REGULATION - PLANS NATIONAUX DE READAPTATION ET MECANISMES DE COLLABORATION



La réadaptation des personnes en situation de handicap en Côte d'Ivoire » : Bilan et perspectives.

Mamadou DOSSO

Inspecteur d'Education Spécialisée
01 BP 11195 Abidjan 01
Dpph2003@yahoo.fr/ aslevis_ms doss@yahoo.com

INTRODUCTION

Située en Afrique de l'ouest, la Côte d'Ivoire (CI) s'étend sur une superficie de 322 462 Km² et compte 15 366 672 habitants, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 1998.

Les personnes en situation de handicap selon le RGPH sont au nombre de 85 517. Il faut toutefois préciser que ce nombre qui ne reflète pas la réalité est largement dépassé aujourd'hui.

En effet, selon l'OMS et le PNUD, dans toute population donnée, 15% des personnes présentent un handicap. Sur cette base, on pourrait évaluer la population des personnes handicapées vivant en CI à 3 150 000 sur une population totale estimée à 21 000 000.

Cette augmentation du nombre de personnes en situation de handicap s'explique également par la situation de crise socio-politique depuis septembre 2002 jusqu'à la récente crise post électorale, les invalidités liées à l'expansion de l'ulcère de burili et d'autres maladies invalidantes telles que l'onchocercose, le diabète, l'hypertension et la poliomyélite.

Les personnes handicapées constituent l'une des couches les plus vulnérables de la population mondiale. L'infirmité ou déficience, mentale, sensorielle ou motrice, congénitale ou acquise, qui entraîne un désavantage chez elles par rapport aux individus indemnes, les fragilise.

En Côte d'Ivoire, comme partout ailleurs dans le monde, au vue de l'ampleur du handicap tel qu'en témoignent les chiffres ci-dessus et des nombreux problèmes liés à l'égalité des chances entre personnes handicapées et personnes dites valides, des efforts sont consentis par les Etats et la communauté internationale, par l'adoption de plusieurs instruments juridiques de protection et de promotion des personnes handicapées en vue de leur intégration socio-professionnelle par leur adaptation et leur réadaptation.

En Côte d'Ivoire, quelles sont les actions et stratégies mises en œuvre pour la réadaptation des Personnes en situation Handicapées.

Autrement dit, quel «Bilan pouvons-nous dresser de la réadaptation des personnes en situation de handicap en Côte d'Ivoire et quelles en sont les perspectives »

Telle est la problématique de notre réflexion qui va s'articuler autour des axes suivants :

- I- Approche conceptuelle
- II- Historique
- III- Actions menées pour faciliter la réadaptation des personnes handicapées
- IV- Obstacles au développement de la réadaptation
- V- Perspectives pour surmonter les obstacles

I- APPROCHE CONCEPTUELLE

Handicap

Selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) c'est un terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité ou les restrictions de participation, résultant de l'interaction entre la personne qui a un problème de santé, des facteurs contextuels (comme l'environnement physique, les attitudes) et des facteurs personnels (comme l'âge ou le sexe).

Conformément à la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées, (CDPH) le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

Personnes handicapées

Les personnes handicapées sont très diverses, mais sont unies par l'expérience commune de devoir faire face à des obstacles à leur pleine participation à la société. Il est probablement impossible de parvenir à une définition universelle et pleinement satisfaisante du handicap, mais les quatre éléments inscrits dans la CDPH fournissent une base pour toute analyse et action concernant le handicap : « par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. »

Déficiences:

Elle est définie comme une perte ou une anomalie d'un organe ou d'une fonction anatomique, psychologique ou physiologique. C'est une perte de substance ou une restriction progressive d'une structure ou d'une fonction (psychologique, physiologique ou anatomique).

Limitations d'activités

Ce sont des difficultés dues à une incapacité fonctionnelle qu'une personne peut rencontrer dans la réalisation d'une activité.

Les restrictions de participation

Elles désignent les problèmes qu'un individu peut rencontrer pour participer à une situation de la vie courante, tels que les discriminations à l'éducation, à l'embauche, à la participation politique ou l'inaccessibilité des transports, des bâtiments, etc.

Réadaptation

C'est un processus destiné à aider les personnes handicapées à développer ou renforcer leurs aptitudes physiques, mentales, sociales. Elle comporte plusieurs aspects. A un moment donné, par exemple, de la vie d'un enfant qui présente une incapacité concernant le mouvement, la mesure la plus urgente consistera à le rééduquer et à l'appareiller pour assurer sa mobilité.

Dans le cas d'un enfant sourd, elle consistera à le rendre capable de communiquer. Ces deux enfants auront besoin ultérieurement de recevoir une éducation et éventuellement, une formation professionnelle. En outre, ils devront tous les deux, être en mesure de participer aux activités de leur famille et de leur communauté. Pour obtenir de tels résultats, le processus de réadaptation nécessite différents types de services ainsi qu'une action communautaire.

Réadaptation à base communautaire

Elargit la notion de réadaptation en y englobant tous les services qui aident les personnes handicapées à développer leurs capacités.

II- HISTORIQUE

Depuis son accession à l'indépendance le 07 août 1960, la Côte d'Ivoire a fait de la promotion des populations

vulnérables en général et en particulier celle des personnes handicapées une des priorités de sa politique sociale.

En matière de réadaptation au profit des personnes en situation de handicap, le secteur de la santé a axé ses interventions sur le modèle médical du handicap. La médecine physique et de réadaptation (MPR) à travers les médecins rééducateurs jouent un grand rôle dans la récupération de capacités fonctionnelles et de qualité de vie des patients en situation de handicap. Le département ministériel en charge de la santé, les Organisations Non Gouvernementales spécialisées dans le handicap et d'autres initiatives privées sont à la base de ces actions.

En ce qui concerne le département ministériel en charge des personnes en situation de handicap (NDLR : Département auquel nous appartenons), le modèle social et le modèle des droits de l'homme du handicap ont jusque-là guidé les différentes initiatives en faveur des personnes handicapées étant donné que la réadaptation doit être menée dans un cadre social global.

Par ailleurs, la création en 2003, du Ministère de la solidarité, de la sécurité sociale et des Handicapés (MSSSH), puis de la Direction de la Promotion des personnes Handicapées (DPPH) a permis une meilleure coordination des initiatives de l'Etat en faveur de cette frange de la population.

Le décret n°2011- 281 du 05 octobre 2011 rattache celle-ci à la Direction Générale des Affaires Sociales et de la Solidarité (DGASS) de ce ministère d'Etat avec pour mission de :

- Concevoir et de mettre en œuvre les politiques nationales visant la promotion et la protection des personnes handicapées ;
- Mettre en œuvre une politique cohérente d'encadrement, de formation et d'insertion des personnes handicapées dans le tissu social, notamment dans le monde du travail ;
- Initier et conduire les actions visant l'intégration sociale des personnes handicapées dans le processus de développement ;
- Assurer la protection et la promotion des droits des personnes handicapées ;
- Concevoir et mettre en œuvre les stratégies de prise en charge intégrée des personnes handicapées ;
- Contrôler les activités des institutions spécialisées de personnes handicapées ;
- Développer les actions visant la réadaptation fonctionnelle des personnes handicapées.

III- ACTIONS MENEES POUR FACILITER LA READAPTATION DES PERSONNES HANDICAPEES

Dans le cadre de sa mission de promotion et de prise en charge des personnes en situation de handicap, l'Etat ivoirien mène des actions pour faciliter la réadaptation de celles-ci.

En plus des nombreuses initiatives dans le secteur de la santé, le ministère en charge des personnes handicapées œuvre quant à lui pour leur bien être à travers la Direction de la Promotion des Personnes Handicapées (DPPH).

Cette Direction reçoit chaque année de nombreuses demandes d'appareillage.

□ Au titre de la Réadaptation Fonctionnelle

Les demandes d'appareillage

En 2009, dans le cadre des secours sociaux, 17 demandes d'appareillage ont été satisfaites représentant un montant global de 5.018.000 FCFA réparti comme suit :

- 04 voiturettes	1.280.000 FCFA
- 02 chaussures orthopédiques	325.000 FCFA
- 04 prothèses auditives	2.733.000 FCFA
- 03 paires de béquilles	
- 04 fauteuils roulants	680. 000 FCFA

Les autres demandes portant sur la chirurgie orthopédique, les tricycles, les séances orthophoniques et la prise en charge médicale n'ont pu être satisfaites en raison de l'épuisement du budget.

En 2011, sur un total de 11 demandes d'appareillage, 11 ont été satisfaites soit un montant global de 8 339 100 FCFA.

- 10 prothèses;
- 01 compensation orthopédique.

En 2012, la DPPH a également contribué à l'autonomisation des personnes handicapées par dons d'appareillages :

Ainsi sur 346 demandes d'appareillage instruites, 68 ont été satisfaites. Il s'agit de 44 fauteuils roulants d'un montant de 6.600.000 FCFA, 17 béquilles d'une valeur de 2.295.500 FCFA, 08 cannes anglaises d'un montant 60.000 FCFA, 06 cannes blanches d'un montant de 102.000 FCFA et 02 prothèses auditives d'une valeur de 1.049.300 FCFA et 4 Ordres de Paiement (OP) signés. Soit un montant global : 8.040.800 f CFA. Il faut ajouter à cela, la formation d'une demi-douzaine de kinésithérapeutes non-voyants intégrés à la Fonction Publique (en service au CHU Yopougon).

Les demandes de prises en charge médicales

En 2011, sur 35 demandes, 29 ont été satisfaites représentant un montant global de 26 215 980 FCFA.

- 08 soins médicaux (4 620 000 FCFA) ;
- 02 chimiothérapies (2 742 500 FCFA) ;
- 03 prothèses (517 500 FCFA) ;
- 01 rééducation (300 000 FCFA) ;
- 01 traitement médical (500 000 FCFA) ;
- 01 hémodialyse (660 000 FCFA) ;
- 09 interventions chirurgicales (15 870 500 FCFA) ;
- 02 Examens (323 480 FCFA) ;
- 01 hospitalisation (532 000 FCFA) ;
- 01 Achat de lunettes pharmaceutiques (150 000 FCFA).

□ Au titre de la Réadaptation à Base Communautaire

Le Plan National de la Réadaptation à Base Communautaire (PN RBC) a connu une phase pilote en Côte d'Ivoire de 1990 à 1996 dans sept localités.

Il faut préciser que le programme a été essentiellement interrompu pour des raisons financières et matérielles. Un rapport de collecte et d'analyse a été élaboré par la Direction de la Promotion des Personnes Handicapées sous l'égide du Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales (MFFAS), dans le cadre de l'évaluation du Programme de Réadaptation à Base Communautaire 1990 – 1996.

Y ont également participé Messieurs BAKAYOKO Massoma, Consultant, Institut National de la Statistique et ELIAM Jean Marie, Consultant Principal du Programme RBC.

Nous retenons de la synthèse de ce rapport :

Au niveau de la prise en charge scolaire

Elle a concerné à la fois, les enfants et les adultes et a permis ainsi aux enfants handicapés, de fréquenter les mêmes écoles que leurs petits camarades.

Au niveau de l'insertion :

Grâce aux fonds alloués par le programme, des PH se sont installés à leur propre compte et sont devenues financièrement autonome.

Au niveau de la prise en charge psychosociale :

La prise en charge psychosociale effectuée dans le cadre du projet a permis à certaines PH de surmonter

les difficultés environnementales. Il existe de nombreux témoignages favorables des bénéficiaires et leurs parents à l'égard du programme RBC.

Au niveau de la prise en charge médicale :

Les actions menées dans ce cadre concernent les interventions chirurgicales (physiques et visuelles), l'achat de prothèses et d'orthèses au centre Don Orione, et les rééducations fonctionnelles.

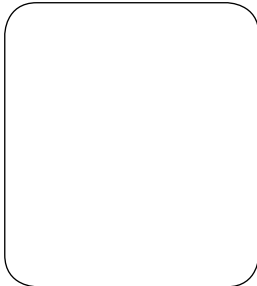
IV- OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT DE LA READAPTATION

Le développement de la Réadaptation en Côte d'Ivoire est freiné du fait d'un certain nombre de facteurs :

- La politique Nationale en faveur des personnes en situation de handicap et le plan d'actions stratégique y afférant ne sont pas encore adoptés et mis en œuvre ;
- Le Plan National de Réadaptation à base Communautaire qui a connu une phase pilote de 1990-1996 tarde à redémarrer ;
- Aucun décret d'application de la loi n°98-594 du 10 novembre 1998 d'orientation en faveur des personnes handicapées n'a été signé à ce jour ;
- La convention relative aux droits des personnes handicapées qui en son article 26 fait un certain nombre de recommandations aux Etats parties en vue de faciliter l'Adaptation et la Réadaptation des personnes handicapées n'est toujours pas ratifiée ;
- la formation initiale et continue des professionnels et personnels qui travaillent dans les services d'adaptation et de réadaptation ne sont pas suffisamment favorisées ;
- l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide, conçus pour les personnes handicapées, qui facilitent l'adaptation et la réadaptation sont insuffisantes ou quasi-inexistantes.
- L'absence de données statistiques fiables sur les personnes handicapées.



Evaluation de l'impact de la politique nationale sur le handicap



Salome SARIA

TATCOT-KCMC

Box 8690, Moshi, Tanzania

sariaslome@yahoo.co.uk

Tel: +255 27 27 53986/7 Mob: +255762921785

Mots-clés: handicapés, la politique de réhabilitation, de réglementation, de stratégies et de plans de mise en œuvre, les mécanismes,

Introduction

Une politique est définie comme l'expression spécifique des principes directeurs ou des actions qui impliquent engagement clair du gouvernement ou des institutions, ou un énoncé des valeurs qui fournit une base pour la prise de décision cohérente et d'affectation des ressources.

Politiques publiques, un système de lois, mesures réglementaires, plans d'action et les priorités de financement sur un sujet particulier promulgué par une entité gouvernementale ou de ses représentants.

Une politique de santé; Une déclaration officielle ou une procédure au sein du gouvernement qui définit les priorités et les paramètres d'action en réponse aux besoins de santé, les ressources disponibles et d'autres pressions politiques.

Objectif

Identifier les perspectives de la politique des différents acteurs dans leurs efforts pour améliorer les plans nationaux de réadaptation pour les personnes handicapées en Tanzanie.

Méthodes: descriptive / étude qualitative; Analyse; - à la politique, Groupe de discussions pour personnes clés.

Résultats

La politique nationale sur le handicap en Tanzanie vise à améliorer la situation de vie des personnes handicapées en entreprenant les actions suivantes: Encourager le développement des personnes handicapées, l'autonomisation des familles de personnes handicapées, Revue / modifier les législations qui ne sont pas handicapées sympathique, Améliorer le service livraison, afin de permettre la participation des personnes handicapées à la prise de décision et la mise en œuvre des activités importantes dans la société, et identifier les ONG qui fournissent des services aux personnes handicapées et à coordonner leurs activités Stratégies nationales d'amélioration; propose est le renforcement des systèmes de santé dans le but de réduire le fardeau de la maladie grâce à l'amélioration des ressources, systèmes, politiques et de gestion. fait ressortir les domaines d'une importance décisive pour la qualité de vie, la pleine participation, de sensibilisation, de soins médicaux, de réadaptation et de soutien, l'accessibilité, l'éducation, l'emploi, le maintien du revenu et la sécurité sociale, la vie familiale et de l'intégrité personnelle, la culture, les loisirs et les sports, et la religion.

Revers mise en œuvre de la politique; Les idées et les concepts de participation et de l'égalité complète pour les personnes handicapées ont été développées très loin sur le papier, mais pas dans la réalité. La plupart des installations ne sont pas accessibles aux personnes handicapées. Exemples: Bâtiments mal conçues, de l'éducation distincts, de la pauvreté et du faible revenu, manque de facilitateurs, de transport inaccessibles,

faibles perspectives d'emploi, Pas de frais de mis de côté par le gouvernement pour les appareils / dispositifs d'assistance pour aider les handicapés besoins qui ne répondent pas aux énoncés de politique.

Discussions et conclusions

Une grande quantité d'invalidité est évitable, souvent par le biais d'interventions relativement simples, à faible coût. La politique n'a pas pleinement prises en compte les besoins des personnes handicapées et que le gouvernement doit voir être mis en œuvre afin d'alléger les souffrances de la population visée.

Pour en savoir plus

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



Rôle et place de la réadaptation dans le système de santé au Tchad

Delphine NDOUBANADJI TARAM

kinésithérapeute

Présidente de l'Association des Professionnels de l'Orthopédie et de la Rééducation du Tchad (APORT)

Députée à l'Assemblée Nationale du Tchad

Remarque

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



Programme pluriannuel de développement de la réadaptation au Bénin

Toussaint G. KPADONOU

*Comité Technique de Suivi du Programme de Développement de la Réadaptation, Bénin, 04 BP 808 Cotonou ;
Tél : 229 97588926
Kpadonou_toussaint@yahoo.fr
Co-auteurs : E. Alagnidé, J. olouka, Y. Anani, K. Gnimassou, MC. Olory, O. Jadin*

Mots-clés : programme, pluriannuel développement, réadaptation, Bénin

Introduction

Les besoins de développement des structures permettant l'intégration des personnes handicapées au Bénin ont conduit le gouvernement béninois à adopter en 2005 avec l'appui de la coopération Belge un document intitulé « Politique et Stratégie de Développement de la Kinésithérapie au Bénin 2006-2010 ». Suite à cela, a été élaboré le « Plan d'Action de la Politique Nationale de Kinésithérapie du Bénin 2008-2010 ». Ces évolutions ont permis un développement conséquent mais non suffisant de la kinésithérapie alors que les autres secteurs de la réadaptation ont connu peu d'évolution. C'est dans ce cadre qu'il a été conçu depuis 2011 avec le concours de nos partenaires un Programme pluriannuel permettant de donner une orientation aux activités menant à la réadaptation de la personne handicapée dans sa globalité.

Objectif

Contribuer à améliorer l'intégration de la personne handicapée par l'amélioration de la qualité de l'offre de soins de rééducation et de réadaptation.

Méthode

Il s'agit d'un travail par objectifs spécifiques avec des indicateurs objectivement vérifiables, à réaliser dans les différents secteurs de la réadaptation médicale et de la réadaptation à base communautaire (RBC) par le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et éducationnelles avec un échéancier pour fin 2011, 2012 et 2013.

Résultats

Pour ce faire, plusieurs secteurs ont été visés tant au plan institutionnel, organisationnel et éducationnel:

- Au ministère de la Santé, la création de la division de la réadaptation médicale fut réalisée avec un budget de fonctionnement conséquent, accompagnée de l'élaboration et l'adoption des statuts des professionnels de la réadaptation
- Les capacités en soins de kinésithérapie et de réadaptation médicale ont été renforcées qualitativement et quantitativement avec la création de dix nouveaux services de rééducation et le recrutement de 95% des kinésithérapeutes sortis de l'ESK et l'application de bonnes pratiques en kinésithérapie dans le pays
- Au Ministère de l'enseignement supérieur, l'Ecole supérieure de kinésithérapie et la Faculté des Science de la Santé ont été renforcées dans leur capacité de formation avec la réforme du cursus de formation pour s'adapter au système LM D
- Au Ministère de la famille, des personnes handicapées et du troisième âge, les capacités du PNRBC à mettre en œuvre son offre de service en réadaptation aux PH ont été renforcées par l'adoption de la

Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées (PNPIPH) et la création de quatre espaces contacts

- Au plan national, la disponibilité des ressources humaines compétentes en matière de réadaptation est accrue par la formation de 5 orthoprothésistes, 5 orthophonistes, d'ergothérapeutes, d'agents techniques de la RBC pour 36 districts et de médecins MPR.

Conclusion

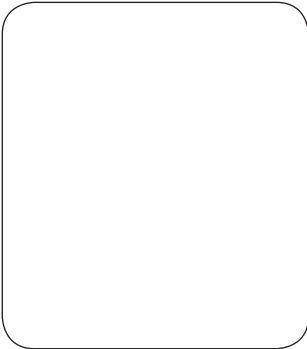
La conception d'un programme pluriannuel de développement de la réadaptation est fondamentale pour nos pays en voie de développement. Il permet par l'utilisation d'indicateurs objectivement vérifiables de juger à tout moment du niveau de réalisation des objectifs préétablis.

Pour en savoir plus

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



Réflexions sur une stratégie de développement de soins de rééducation-réadaptation dans un dispositif sanitaire et social



Claude SIMONNOT

*Médecin de médecine physique,
représentant ISPO France*

Remarque

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



Stratégie de développement de la kinésithérapie-réadaptation médicale : l'expérience innovante du Burundi

Godefroid KAMWENUBUSA

Directeur du Programme National de Lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles.

*MSPLS - BP 1820 Bujumbura – Burundi. Mob : +257 78737381
gkamwe2000@yahoo.fr,*

Co-auteurs :

Dr Jean Claude HAKIZIMANA, clauhak2005@yahoo.fr

Olivier JADIN, Docteur en Kinésithérapie et réadaptation, o.jadin@apefe.org

Mots-clés : Stratégie nationale, développement, kinésithérapie, réadaptation médicale, partenariat, sud-sud, public-privé, pérennité.

Objectifs

Le Ministère burundais de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) souhaite développer la kinésithérapie et la réadaptation médicale (KRM) via un plan stratégique national ;

Les premières étapes sont (i) former à l'étranger un noyau de kinésithérapeutes et un médecin réadaptateur de très bon niveau, (ii) créer un Centre National de Référence en Kinésithérapie et Réadaptation médicale (CNRKR) au CHU de Bujumbura et (iii) créer une école supérieure de kinésithérapie (ISFK) à la faculté de médecine.

Matériel et méthodes

Le programme s'appuie sur :

- (i) un partenariat sud-sud avec le Bénin qui a initié un programme similaire en 1991. Il joue un rôle crucial pour le transfert de compétence en formant le noyau initial de RH burundaises;
- (ii) un partenariat nord-sud avec la Belgique, très expérimentée dans ce domaine au Bénin ; partenaire technique et financier du MSPLS ;
- (ii) un partenariat public-privé avec une ONG nationale (COPEP); partenaire du MSPLS pour la gestion autonome du CNRKR.

Résultats

- (i) Le MSPLS a validé fin 2011 un plan de développement de la KRM. Ses axes essentiels sont intégrés au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015.
- (ii) Dix-sept kinésithérapeutes et un spécialiste en médecine physique-réadaptation sont en formation au Bénin. Les kinésithérapeutes seront tous de retour au Burundi fin 2015.
- (iii) Le CNRKR sera opérationnel au CHU de Bujumbura fin 2013. Entretemps, un « CNRKR provisoire » a été ouvert en 2012 pour stabiliser les premiers kinésithérapeutes de retour du Bénin. Il est agréé et supervisé par le MSPLS et est géré en autonomie par le COPEP.
- (iv) Il est prévu d'ouvrir l'ISKF à la faculté de médecine à la rentrée académique 2017-2018.

Discussion et Conclusion

Plusieurs facteurs sont décisifs pour le succès du programme:

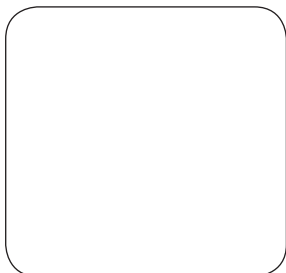
- (i) forte implication du Gouvernement pour la régulation du secteur, à commencer par l'intégration de la réadaptation médicale dans les politiques de santé ;
- (ii) mécanismes de collaboration et formes innovantes, variées et combinées de partenariats (sud-sud ; nord-sud ; public-privé) ;
- (iii) priorité donnée à la formation d'un noyau de professionnels de très bon niveau et à la gestion pérenne des structures de soins et de formation où ils travailleront.

Pour en savoir plus

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



Le réseau national RBC au Togo



PINDA Akoua épouse BOWESSIDJAOU

*Directrice CNAO, Chef Programme RBC BP: 3173 Lomé- Togo
E-mail: akouapinda@yahoo.fr*

Mots clés : handicap, réseaux, acteurs de développement, RBC, inclusif.

Introduction

Le Togo compterait 900 000 personnes handicapées si l'on considère que la population togolaise est entrain d'atteindre le cap de 6 000 000 d'habitants selon le RMH. Ce nombre croissant a toujours suscité chez les dirigeants togolais des interrogations quant aux mesures de prévention et actions de prise en charge à mettre en place pour leur assurer une vie sociale équitable. Le réseau national RBC constitue une des réponses possibles.

Matériel et méthode

Nos populations cibles dans le cadre de ce réseau RBC sont constituées de tous les acteurs intervenant dans le domaine du handicap au Togo en premier lieu les organisations de personnes handicapées.

Objectifs

La santé communautaire impulsée par le Ministère de la Santé se fixe pour objectif une réduction des inégalités en matière d'accès aux soins et d'éducation pour la santé. Cette vision est porteuse d'un pari sur la capacité de mobilisation des populations intéressées et le décloisonnement des savoirs et pratiques médico-sociales. Elles rejettent donc implicitement la sectorisation, l'organisation hiérarchique au profit de la pluridisciplinarité et du travail en réseaux.

Discussion

Le réseau National RBC au Togo est chargé d'orienter et de coordonner les activités RBC par les acteurs et de favoriser la synergie d'action entre les acteurs impliqués pour la promotion d'un environnement inclusif national pour une pleine participation des Personnes en Situation de Handicap à la vie communautaire. La prise en charge plus globale de la personne handicapée ne relève pas des seuls professionnels de la santé et du social mais concerne l'Etat, des communautés locales, les mouvements associatifs.

Conclusion

La prise en charge plus globale de la personne handicapée, tenant compte de son environnement social, nécessitant au-delà du soin des interventions voire de réhabilitation, ne relève pas des seuls professionnels de la santé et du social mais concerne l'Etat, des communautés locales, les mouvements associatifs.

Pour en savoir plus

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



**Mécanisme de collaboration le modèle de Kigali Health Institute (KHI),
Rwanda**



Jeanne KAGWIZA

Kigali Health Institute, Kigali-Rwanda, BP 3286,

Tel. (+250) 788755364, jkagwiza@yahoo.fr/jkagwiza@khi.ac.rw

Co-authors:

Patricia Struthers(trish.struthers@gmail.com) &

Jennifer Jelsma (Jennifer.jelsma@uct.ac.za)

Remarque

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



Le besoin en Afrique du Sud pour la mise en œuvre d'un système (CPD) développement professionnel continu pour P & O professionnels qui incluent tous les niveaux de P & O enregistrement. L'importance de la mise en œuvre de la formation continue est discuté et les avantages qu'elle détient pour l'ensemble du système médical

Jacques SWANEPOEL

*CPO, SAOPA, SAFPO
Pretorius, Swanepoel & De Muelenaere Incorporated,
Parkview Lifestyle Centre, Moreletapark, Pretoria, South Africa
e-mail: swanepoeljs@gmail.com
Tel no: +27 (0) 86 1111 907*

Remarque

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



Perspectives de collaboration régionale



Masse NIANG

Orthoprothésiste de formation, Masse NIANG a suivi plusieurs formations universitaires notamment en Sciences sociales et Santé Publique option « Education et Santé » à Lille II et Lille III en France, doublée d'un Diplôme Universitaire en santé publique option « Santé et développement » à Nancy et une formation en gestion multi projets à l'université d'UQAM au Canada. 25 ans d'expérience en programmes humanitaires et de développement en Afrique avec plusieurs Organisations Internationales non gouvernementales. Ayant occupé plusieurs postes de coordination et de gestion de projets multiples dans le domaine du social et de la santé, il dispose d'une bonne connaissance du développement et de la gestion de projets en faveur des organisations de personnes handicapées.

Il a été amené à participer activement à la mise en place d'un réseau prenant en compte les organisations de personnes handicapées, les professionnels de la santé et du social, les gouvernements et des programmes de développement. Il préside actuellement la

Fédération Africaine des Orthoprothésistes (FATO) qui regroupe une trentaine de pays africains.

Remarque

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

FINANCER ET DEVELOPPER DES MECANISMES POUR LA READAPTATION



Accessibilité et financement des services de santé en Afrique Subsaharienne: le cas de la Côte d'Ivoire

Memon FOFANA

Doctorant en Sociologie de santé à l'Université d'Abidjan-Cocody (Côte d'Ivoire)
E-mail : fofanamemon20@yahoo.fr

Mots clés : santé, financement, micro-assurance, population, Etat

La Côte d'Ivoire, après 20 ans de croissance, au cours desquelles, nous avons pu observer une amélioration des indicateurs nationaux de santé, a connu au début des années 80 une crise économique avec pour conséquence la mise en place d'une politique d'ajustement structurel, et la dévaluation du Franc CFA intervenue en 1994. Ces mesures ont imposé, entre autres, le désengagement de l'Etat et la réduction des dépenses publiques, réduisant ainsi le budget alloué au secteur sanitaire. Cette situation contribue ainsi à la dégradation du financement des services de santé et des conditions d'accès aux soins de santé pour les catégories sociales vulnérables et pauvres. Le présent texte questionne les conditions d'accès des populations, notamment les plus démunies, aux soins de santé. Nous nous appuyons à cet effet sur les résultats de l'Enquête Intégrée de Base pour l'Évaluation de la Pauvreté en Côte d'Ivoire (EIBEP, 2002-2003), réalisée par le Gouvernement ivoirien et la Banque mondiale. Nous montrons qu'en dépit d'une nette amélioration de l'offre de santé faisant suite à l'application de l'initiative de Bamako (1987) et l'essor croissant des mutuelles d'assurance, de nombreux obstacles persistent : dysfonctionnement institutionnel, mauvaise qualité des prestations, clientélisme dans les centres de soins, etc. Le desserrement de ces étaux permettra de pallier l'essoufflement de la politique de santé en place et d'inscrire les réformes dans la continuité. Un engagement soutenu de l'État est suggéré pour consolider les infrastructures hospitalières et favoriser un bon fonctionnement du système de santé national.

Pour en savoir plus

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



L'impact des tiers payeurs sur les activités d'un centre de réadaptation physique : le cas de vivre debout Cote d'Ivoire

Abdouramane COULIBALY

*Médecin en Médecine physique et réadaptation, Directeur exécutif de l'ONG Vivre Debout, CHU de Yopougon
21 BP 453 Abidjan 21 ; drcoulibalyab@hotmail.fr*

Co-auteurs:

Ali Cissé, Allou D, Manou B , Kouamé J, Bongba P, Behi J, Assi J, Nandjui MB

Mots clés : pauvreté, tiers payeurs, réadaptation, appareillage

RESUME

Depuis longtemps l'équité, c'est-à-dire l'accès possible pour tous, et la pérennité des structures de réadaptation et particulièrement d'appareillages orthopédiques posent un problème dans les pays en développement.

En effet, le handicap engendre des coûts additionnels, entraîne une perte de revenus, limite l'accès à la santé, à l'éducation, à l'emploi, à la vie de la communauté et conduit vers l'exclusion sociale et économique. Les Personnes Handicapées à faibles ressources sont prises dans le cercle vicieux de la pauvreté et du handicap.

Le coût imputable au patient est donc une barrière à l'accès aux soins.

La réalité d'autant plus vraie dans le secteur de la réadaptation fonctionnelle, branche très spécifique des systèmes de santé, nécessite des moyens coûteux lorsqu'on aborde l'appareillage.

Le recours aux 1/3 payeurs (clubs services, fondations d'entreprises, particuliers, . . .) constitue une solution dont l'impact dans le développement de l'appareillage orthopédique est loin d'être négligeable. La mise en œuvre rigoureuse de ce recours aux tiers payeurs apporte un soutien tant aux personnes handicapées démunies qu'au développement des centres qui la maîtrisent.

Le modèle développé par Vivre Debout en Côte d'Ivoire est le suivant:

Pour en savoir plus

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

Vivre Debout Côte d'Ivoire possède un fonds qui s'occupe des indigents principalement des enfants handicapés. Ce fonds fonctionne depuis 4 ans, il est financé par des tiers-payeurs tels que les clubs services (Rotary club, Leo club, Lions club, . . .) et différents donateurs (physiques ou moraux).

Le fonds est logé dans les comptes du Centre. Le service social analyse les demandes des patients (fiche d'enquête sociale) et propose un taux de remise de 20%, 40%, 60% ou la prise en charge totale. Le fonds alloue des remises en fonction de la disponibilité de ses ressources.

Chronologiquement, le processus est le suivant :

- Identifier les patients indigents
- Mobiliser les ressources financières nécessaires à leur prise en charge auprès des tiers payeurs
- Rendre compte des fonds utilisés à travers une activité de communication

Le challenge est de trouver un juste milieu qui soit attractif pour le partenaire et favorable aux bénéficiaires. La principale difficulté consiste à identifier les personnes indigentes et/ou les plus démunies qui pourront bénéficier du fonds d'équité. S'agissant de l'identification de patient indigents la difficulté réside dans la manipulation dont peut faire l'objet les enquêteurs du service social et/ou la non implication de la famille de l'intéressé; en effet ces 2 aspects peuvent souvent biaiser le recueil de données sur le terrain. La façon de prévenir ce problème, c'est de formaliser le plus possible le fiche de d'enquête (avec des cotations et coefficients) afin de réduire les marges de manœuvre dans ce sens.

Le caractère d'indigence du patient ne doit pas influencer négativement la qualité de services offerts aux patients.

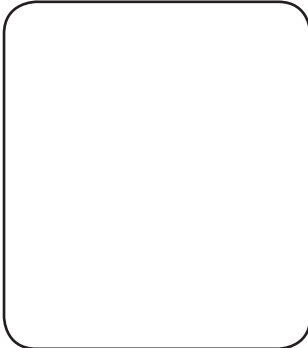
L'organisation de ce système de contribution solidaire doit présenter la garantie que les fonds collectés par le centre vont effectivement servir aux bénéficiaires. En effet, la crainte des donateurs c'est le détournement des fonds à d'autres fins, et/ou la non traçabilité des finances mises à disposition. Il est donc bon de les associer à la remise des appareils aux intéressés et/ou faire des rapports d'utilisation des dons avec photos à l'appui. Si le don est important, il est bon d'organiser une cérémonie de remise des appareils aux bénéficiaires afin que les donateurs puissent bénéficier d'une visibilité (communication avec les médias) de leur action.

Pour en savoir plus

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



**Les fonds d'équité pour la réadaptation fonctionnelle
Expériences au Mali**



Caroline BOLTZ

Remarque

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



Intégration et financement de la réadaptation dans les soins de santé primaires : expérience en cours au sud Kivu

Dr. Polepole TSHOMBA

*Coordonnateur Provincial de la Réadaptation à Base Communautaire
Sud-Kivu (RD Congo)*

Tél : +243 810 10 50 45 / +243 998 33 11 18

e-mail : cbrsudkivu@hotmail.fr ; polepoletshomba@yahoo.fr

Co-auteur :

MWANZA Nangunia, Ministre Provincial de la Santé du Sud-Kivu, nanguniam@yahoo.fr

Mots clés

Soins de réadaptation, financement endogène, zone de santé post-conflit armé

Résumé

Introduction : Les soins de santé en République Démocratique du Congo sont un secteur en général sous-financé, et plus particulièrement dans le Sud-Kivu où la situation sociopolitique instable est émaillée des guerres et mouvements chroniques des populations. Cette situation concourt à baisser la qualité de prise en charge et accroître le besoin en réadaptation.

Étant donné que les groupes armés qui sévissent la Province maintiennent les villageois dans une situation de pauvreté extrême suite aux pillages quasi-quotidiens, vol et viols systématiques... il a fallu trouver un moyen par lequel les pauvres citoyens peuvent mener une activité quelconque pour prendre en charge leur soins de santé.

Il s'est avéré que le besoin en réadaptation après cette longue période de tourment ne fait que prendre l'ascenseur. Il faut alors trouver une issue pour prendre en charge les soins de réadaptation qui, déjà dans le système, ne font pas encore partie intégrante de soins de santé primaires.

Objectifs : Financer les soins de réadaptation grâce aux ressources naturelles (champs)

Matériel et méthodes : Les centres de Santé ; culture de champs.

Nous avons considéré les zones de santé qui étaient frappées par cette situation de guerre : la zone de santé de Lulingu, Shabunda, Kalole, Mulungu, Fizi, Haut-Plateaux, Minembwe, Itombwe, Kimbi-Lulenge, Nundu, Uvira, Ruzizi, Lemera, Walungu, Kaniola, Katana, Kalehe, Kabare, Bunyakiri et Kalonge. Soit 20 zones sur les 34 existantes.

Il a été tout à fait difficile de savoir par où commencer mais est-il que le tuyau fut qu'il fallait y aller dans le sens de l'intégration des soins de réadaptation dans les soins de santé primaires. Ici il était déjà clair que la réadaptation n'intégrerait pas le paquet « financé » qui est un paquet de soins d'urgence. L'enjeu était donc de taille et la solution n'était pas à portée de la main.

Nous avons fait un constat : toutes ces zones de santé comportaient d'énormes étendues cultivables non exploitées et gérées seulement par des chefs de groupement (localité). L'issue avait été imaginée : « notre terre, notre santé ».

L'infirmier titulaire devrait négocier et obtenir gratuitement 1 à 2 hectares au près du chef de groupement de son aire de santé.

Les familles qui cultiveraient activement ce champ du centre de santé y auront des soins de santé « gratuits ». Mais en réalité, les récoltes des champs valent à peu près 9 fois plus que les recettes habituelles

du centre de Santé selon la fréquentation. Et les infirmiers titulaires ont la consigne que dans l'utilisation des fonds, ils doivent privilégier l'offre des soins de réadaptation et en particulier faciliter l'obtention de certaines aides techniques.

Résultats

- les données des aires de santé en rapport avec le handicap commencent déjà à être rapportées au niveau du centre de santé et centralisées au niveau de la zone de santé.
- Les discussions sont en cours sur la désignation des personnes qui devront gérer le fond ainsi généré.
- La Zone de Santé de Katana et de Kimbi-Lulenge ont immédiatement emboîté le pas et ont déjà intégré la réadaptation dans les soins de santé primaire grâce aux travaux de champs.

Mais en fait, un grand facteur qui a aidé à ce que nous puissions convaincre « facilement » les villageois qu'il est possible de faire quelque chose contre le handicap (et qu'il faut cultiver les champs), ce sont des interventions sur les fentes labiales et palatines que j'ai réalisées localement à la Noël 2012 (dans leurs conditions médiocres) et qui pour eux ont paru spectaculaires.

Discussion et conclusion.

De façon tout à fait pratique cet expérience en cours est en train de démontrer que si l'Etat ne finance pas de façon directe les soins de réadaptation, il est possible que des communautés qui ont des terres arables disponibles puissent les exploiter pour prendre en charge leur propre réadaptation.

Pour en savoir plus

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

PRESENTATIONS LIBRES : PROTHESES



Amputation des membres inférieurs et appareillage : expérience du centre d'appareillage « vivre debout » a Abidjan

Alain PILLAH

Cel: 225 02 02 35 83 alain_pillah@yahoo.fr

Auteur:

*Manou Benjamin : Service de médecine physique et de réadaptation
CHU de Yopougon 21 BP 632 Abidjan 21 Côte d'Ivoire benmanou@yahoo.fr*

Co-auteurs:

J. Bombo, A. D. Alloh, J. Kouakou, D Akadje, M Tano, A. Coulibaly, A Cissé, B. Nandjui

Mots clefs : Centre d'appareillage – amputation – Membres inférieurs – prothèse

L'amputation d'un membre inférieur constitue, pour la personne qui la subit, une épreuve à la fois physique et psychologique majeure. L'évidence de la déficience, associée à celle de la perte corporelle, est immédiate, et l'espoir d'une éventuelle récupération de la fonction repose entièrement sur les vertus du futur appareillage.

En Côte d'Ivoire le Centre de Réadaptation Physique (CRP) « vivre debout » assure la réadaptation des patients amputés grâce à une équipe pluri disciplinaire.

L'étude a mis en évidence une majorité de sujets de sexe masculin à 61,67% de l'effectif, soit un sex-ratio de 1,6. La moyenne d'âge a été de 31,24 ans avec des extrêmes de 3 ans et 67 ans. Les accidents de la voie publique ont constitué la majorité des causes d'amputation avec 67,19% des cas et 15,75% de cas d'amputation par blessure par arme à feu. Les amputations tibiales ont représenté le niveau d'amputation le plus observé avec 71,13% des cas.

L'ancienneté moyenne de l'amputation a été de 22,46 mois avec des extrêmes de 3 mois et 10 ans. Les prothèses tibiales étaient les plus représentées avec 73,56% des cas. Les appareils prothétiques produits par années ont eu une évolution croissante. Le délai moyen de fabrication des prothèses fémorales était de 21 jours avec des extrêmes de 11 à 30 jours et celui des prothèses tibiales était de 15 jours avec des extrêmes de 7 à 25 jours.

Le délai de livraison d'une prothèse fémorale a été estimé à environ de 30 à 45 jours et celui de la prothèse tibiale de 25 à 35 jours.

L'objectif de ce travail est d'effectuer de façon objective l'état des lieux des capacités de production d'appareils prothétiques par le centre d'appareillage permettant ainsi de montrer ses compétences et ses limites dans la maîtrise de cette technologie

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui inclut tous les patients amputés des membres inférieurs et appareillés au centre d'appareillage « Vivre Debout » de 2007 à 2011.

Le recueil des données s'est fait à partir des dossiers de patients, fournissant des informations sur le bilan des déficiences et des incapacités, et sur le type d'appareil fabriqué

Conclusion

Le Centre d'Appareillage «Vivre Debout» est relativement jeune et envisage à long terme devenir en Côte d'Ivoire et dans les pays environnants, une structure de référence dans le domaine de la production d'appareillages orthopédiques. Pour cela, il a besoin d'un renforcement de ses capacités afin d'acquérir des compétences plus large dans la fabrication des emboîtures fémorales à ischion intégré et autres prothèses.

Pour en savoir plus

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



La prise en charge d'un amputé tibial est le travail d'une équipe pluridisciplinaire.

Harifidy Christian RAFAMATANANTSOA

*Orthoprothésiste Catégorie II,
Akanin'ny marary Ambositra /
Centre de rééducation motrice de Madagascar christian.gasy@gmail.com*

Mots clés : pluridisciplinarité, moignon, réinsertion

RESUME : L'amputation trans tibial est l'une des plus pratiquées dans les centres hospitaliers. Malgré l'évolution des techniques et l'utilisation de nouveaux outils, le résultat reste souvent insatisfaisant. Cela constitue un obstacle pour la réhabilitation de ses patients. L'erreur fréquente que nous personnel de la réadaptation commettons, c'est la focalisation de nos soins sur le volet physiques de la personne sans se préoccuper de l'état psychologique et psychique du patient amputé, d'où le refus de la prothèse. L'objectif de cette communication est de démontrer l'importance de chaque corps de métier. Et enfin, de démontrer que la prise en charge d'un amputé réussie est le fruit d'une étroite collaboration et harmonieuse entre l'équipe pluridisciplinaire.

Introduction :

La plupart des amputations sont effectuées en urgences engendrant des moignons difficilement appareillable. Chaque amputation nécessite une décision concertée par une équipe pluridisciplinaire. Un moignon idéal engendre une bonne prothésisation, une marche normale et enfin une réinsertion socio professionnelle réussie.

Objectifs :

- Comprendre les lois physiques et biomécaniques que subit le moignon.
- Conscientiser le personnel de la réadaptation de l'importance de la prise en charge psychologiques des patients.
- Permettre à l'équipe pluridisciplinaire de fournir un « bon moignon » afin de réussir une bonne prothésatoin en vue de la réinsertion socio professionnelle du patient.

Matériel et méthodes :

- Chirurgie
 - Voie d'abord
 - Niveau d'amputation idéal
- Soins et suivi de la plaie opératoire
 - Pansement
 - Bandage
- Kinésithérapie
 - Entretien articulaire
 - Renforcement musculaire

La prise en charge d'un amputé tibial est le travail d'une équipe pluridisciplinaire.

- Stabilisation du moignon
- Biomécaniques
- Notion de pression
- Notion de bras de levier
- Absorption de choc

- Assistance psychologique et psychique
- Préparation pré et post amputation
- Etapes de deuil du membre amputé

Résultats :

- Moignon bien cicatrisé
- Cicatrice non adhérente
- Moignon stable
- Bonne mobilité articulaire sans attitudes vicieuses
- Bras de levier suffisant
- Acceptation du handicap par le patient
- Décision à surmonter le handicap

Recommandations :

- Avant la décision d'amputation, l'équipe pluridisciplinaire doit se réunir pour établir un plan de réhabilitation
- Le patient doit être accompagné par un assistant social et/ou un psychologue avant, durant et après l'amputation
- Toute les démarches doit être exposé au patient.

Conclusion :

Le chirurgien peut fournir un bon niveau d'amputation, si le patient n'est pas prêt à accepter sa déficience, son handicap, ce sera toujours un obstacle à sa réhabilitation.

Pour en savoir plus

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



PROTHESE DE L'AVANT-BRAS: Une technique de moulage qui garantit le succès de la prothèse

M. Timothée PAKOUYOWOU

9 Rue les bergamotes, 54000 Nancy France
paktimos@yahoo.fr

Mots clés : Assise personnalisé, Pays en développement, analyse de besoin; solutions Fonctionnelles

Introduction

L'appareillage du membre supérieur est souvent redouté par les praticiens. Souvent peu fréquent et exigent un niveau de précision très élevé. Ceci est dû au fait que les fonctions du membre supérieur sont d'une grande précision et difficile à restituer mécaniquement.

La prothèse de l'avant-bras n'échappe pas à ce constat bien au contraire. Mais pour réduire tous ces obstacles qui peuvent rendre difficile le succès d'une prothèse de l'avant-bras l'équipe de l'IRR de Nancy a mis au point une technique de moulage assez précise.

L'objectif est de permettre l'essayage lors du moulage et de conserver les alignements dès cette phase de moulage.

Méthodes :

Il s'agit de procéder par 3 étapes.

Une première étape qui est la confectionnement d'un collet .Il s'agit du moulage de la base du moignon. En suite marquer la prise.

Deuxième : Essayage.

Sortir le collet, faire les découpes et en suite procéder à l'essayage comme si le négatif était l'emboîture. A cette étape se servir d'un jersey en y mettant bien le talk une fois que l'essayage est satisfaisant on passe à la 3ème étape.

3ème étape :

Mettre en place le collet après avoir fait des petites fentes au bout .Compléter le moulage de tout le moignon en partant en passant sur le 1er moulage.

Effectuer les repères pour l'alignement de la prothèse.

Résultats :

Un moulage solide et qui permet de conserver les formes et les alignements.

Confère les photos des différents patients qui seront dans le document

Conclusion :

Une technique de moulage qui prend beaucoup de temps; par la préparation du patient et par les différents essayages mais très bénéfiques pour la suite. Il s'agira juste de lisse de mettre aux mesures.

Pour en savoir plus

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



Appareillage précoce d'une poly malformation congénitale des extrémités de l'enfant: expérience du centre d'appareillage orthopédique vivre-debout à Abidjan

Ali CISSE

ALI Cissé 21 BP 632, Abidjan 21
Tel. : +225 02948467/ (225) 06246893
alcissefr@yahoo.fr

Co-auteurs :
ALLOH A D, MANOU K B, BOMBO J, KOUAKOU J,
COULIBALY A, PILLAH A, NANDJUI M B.

Mots clés : appareillage, malformation congénitale, enfant

Introduction

Les amputations congénitales du membre supérieur sont relativement rares. Elles nécessitent une prise en charge tripartite : chirurgicale, rééducative (médicale, kinésithérapique, ergothérapique), un appareillage adapté et un suivi régulier. Le but de la rééducation est d'améliorer la fonctionnalité restante pour surmonter le handicap physique, le choc psychologique, et faciliter l'intégration sociale et scolaire de l'enfant. L'appareillage doit faire l'objet d'une décision collégiale en mesurant ses possibilités évolutives, en fonction de son utilisation et/ou de son coût.

Les auteurs décrivent à travers une observation, les résultats fonctionnels préliminaires d'une stratégie d'appareillage sur une amputation congénitale des membres supérieurs.

Observation clinique

Il s'agit d'une fillette âgée de 3 ans qui présentait à la naissance aux membres supérieurs une agénésie bilatérale des mains et aux membres inférieurs une apodie bilatérale. Les autres segments de membre (supérieurs et inférieurs) étaient sans anomalies.

Le tronc et la morphologie cranio-facial sont d'aspect normal

Au niveau des membres supérieurs, à partir de 10 mois jusqu'à l'âge de l'acquisition de la marche, des séances d'ergothérapie

Les réflexes naturels d'adaptation à son environnement ont été réalisées et développer en collaboration avec les parents

A l'âge de 3 ans, a été réalisée au membre supérieur droit, une orthèse à type de bracelet en cuir (type bracelet de force) permettant de réaliser une opposition à la flexion extension du poignet pour avoir une "préhension". Cette orthèse était utilisée pour insérer une cuillère, un stylo, et un bâton de craie pour écrire. Ce dispositif avait pour objectif de préparer l'enfant à "remplacer" la fonction lésée et à lui redonner à terme une indépendance par rapport à son handicap. Le volet esthétique du corps quoique préoccupant dans l'avenir (une femme en devenir), demeure une problématique.

Au niveau des membres inférieurs, à l'âge de l'acquisition de la marche, nous avons réalisé deux prothèses tibiales composées d'emboiture tibiale (d'abord avec les charges réparties au niveau du tendon rotulien et du bout distal du moignon pour arriver ensuite à une charge totale au bout distal du moignon) et d'un pied

Appareillage précoce d'une poly malformation congénitale des extrémités de l'enfant: expérience du centre d'appareillage orthopédique vivre-debout a Abidjan

SACH. Contrairement au membre supérieur, l'observance a été difficile liée aux problèmes d'acceptation (périodes de refus)

Conclusion

L'appareillage d'une malformation congénitale chez l'enfant est toujours problématique. Le questionnement doit être permanent. Qui appareiller, à quel moment appareiller et surtout pourquoi appareiller ? D'où l'immense intérêt d'une approche multidisciplinaire pour adapter continuellement l'appareillage aux besoins de l'enfant en croissance.

Conclusion :

Une technique de moulage qui prend beaucoup de temps; par la préparation du patient et par les différents essayages mais très bénéfiques pour la suite. Il s'agira juste de lisse de mettre aux mesures.

Pour en savoir plus

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



Optimisation du déroulé du pas pour une population de sujets amputés présentant une activité réduite

Philippe CHANAL

*Philippe CHANAL, PROTEOR
BP 37833 – 21078 Dijon Cedex – France philippe.chanal@proteor.com
Serge TAPSOBA, ORTHOBA
11 BP 402 – Ouagadougou CMS – Burkina Faso - orthoba@yahoo.fr*

*Auteur
Xavier BONNET, PROTEOR
Dijon - France - xavier.bonnet@proteor.com*

Mots clés : pied prothétique, déroulé du pas, pression emboiture

L'objectif de cette étude est l'évaluation quantitative et qualitative de l'effet du pied GERY sur la marche de personnes à mobilité réduite. En effet, la littérature montre qu'après 65 ans, la vitesse de marche des amputés est très variable et peut être jusqu'à deux fois plus faible que la normale.

Matériel et méthode :

L'étude quantitative porte sur les pressions exercées sur le moignon et sur le déroulé du pas pour 4 sujets appareillés avec un pied conventionnel et avec un pied GERY. Les mesures ont été réalisées sur les patients avec leur pied habituel à T0 et avec le pied GERY après une courte période d'acclimatation. Les mesures ont été répétées après 2 semaines d'utilisation du pied GERY. Pour chacune de ces sessions de mesures, 4 capteurs de pressions ont été introduits dans l'emboiture.

L'étude qualitative porte sur l'évaluation, à partir d'un questionnaire ESAT, de la satisfaction de 15 sujets amputés utilisant le pied GERY. Le questionnaire hiérarchise l'importance des items relatifs à l'évaluation du pied, puis évalue ces items sur une échelle allant de 1 à 5.

Résultats :

L'étude quantitative montre que le mouvement du tibia avec le pied GERY permet une amélioration de la marche.

L'étude qualitative montre que les sujets inclus dans cette étude ont jugé la sécurité, le confort et le poids du pied comme étant de première importance, et quela part des sujets se déclarant satisfaits s'élève à 100% pour la sécurité, 80% pour le confort et 85% pour le poids du pied GERY.

Discussion : Les résultats de cette étude sont en accord avec ceux présentés dans les études sur les pressions dans l'emboiture réalisées en 2006 par Dou et al. et en 2009 par Wolf et al.

Conclusion : Les avantages du pied GERY et de son insert spécifique pour les personnes présentant une mobilité réduite sont mis en évidence par cette étude, aussi bien au niveau du déroulé du pas (progression de l'angle du tibia au cours de la phase d'appui unipodale) qu'au niveau du confort qui se traduit par les pressions dans l'emboiture.

Pour en savoir plus

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



Franchir les barrières de la réadaptation par le développement de prothèses de pointe

Drikus REINECKE

*Block3; Thornhill office park; 94 Bekker Street; Midrand; South Africa
Tel.: +27 11 5649360 / +27 82 5681696
Drikus.reinecke@ottobock.com*

Objectifs

Afin de souligner et d'informer le grand public des différences entre les genoux mécaniques et les genoux à microprocesseur et les résultats d'ordonnance. Indiquant la nécessité de développer un système prothétique qui permet plus de sécurité sur des terrains variés permettant aux patients de franchir plus d'obstacles à la réadaptation.

Matériels

Les genoux différents verrouillage mécanique question, axe simple, polycentriques, les genoux microprocesseur.

Méthodes

Référencement de précédentes études menées par Ottobock.

Résultats

Bien que les genoux mécaniques peuvent apporter un soutien suffisant pour l'amputé et lui permettre de poursuivre ses activités quotidiennes, il ne constitue pas encore une sécurité équivalente à genoux à microprocesseur.

Discussion

Quels sont les critères de prescription corrects pour les genoux prothétiques?

Conclusion

Dans le monde entier, l'âge moyen amputé est en augmentation en raison de nombreux facteurs, dont les diabétiques est un rôle significatif en lui-même exige une forme supérieure de la sécurité lors de la marche. En outre, la stabilité d'une prothèse sur un terrain accidenté et la nécessité d'un soutien des genoux du patient de haute activité est le lecteur derrière Ottobock développement de prothèses microprocesseur systèmes car ils offrent une plus grande stabilité que les articulations du genou mécaniques. Pour lutter contre les barrières de prothèses de réadaptation devraient être prescrits en fonction des besoins individuels du patient et non uniquement sur les indications financières du patient.

Pour en savoir plus

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



Une vue sur l'avenir de l'esprit contrôle des prothèses des membres supérieurs

Drikus REINECKE

*Block3; Thornhill office park; 94 Bekker Street; Midrand; South Africa
Tel.: +27 11 5649360 / +27 82 5681696
Drikus.reinecke@ottobock.com*

Objectifs

Le développement de l'esprit contrôlé système (TMR) prothèse a pris le monde par la tempête lorsqu'il est libéré en 2008, bien que cette superbe système a été conçu pour améliorer les barrières de la réadaptation qui existent en Haute-prothétique, très peu de praticiens et de l'industrie le savoir, à travers cette présentation au public sera introduit dans le monde des prothèses contrôlées par l'esprit.

Matériels

Les diverses méthodes, les procédures et les composants utilisés dans la fabrication d'un système de TMR prothétique.

Méthodes

Référencement de précédentes études menées par Ottobock et d'autres.

Résultats

Mécaniques et électriques Myo bras peut fournir une des fonctions limitées résultant de divers obstacles à la réadaptation où le système TMR prothèse permettent beaucoup plus de possibilités prouvant qu'il est le système pour l'avenir.

Discussion

Quels sont les effets du système ont sur le mode de vie du patient et quels patients sont candidats à ce système.

Conclusion

Un nombre important de personnes amputées des membres supérieurs jeter hors là prothèses en raison de la fonctionnalité insuffisante, bien que toutes les personnes amputées seraient admissibles à cette procédure, il doit être considéré que le droit à se déplacer vers l'avenue et serait de bonne pratique, car cela permettrait de réhabiliter plus de patients avec des prothèses et ont un niveau d'autosuffisance.

Pour en savoir plus

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

ENGLISH

**POLICIES AND REGULATORY MECHANISMS
- NATIONAL REHABILITATION PLANS AND
COLLABORATION MECHANISMS**



Readjustment of Disabled Persons in Côte d'Ivoire»: Assessment and prospects

Mamadou DOSSO

TEACHER FOR SPECIAL NEEDS
01 PO BOX 11195 Abidjan 01
Dpph2003@yahoo.fr/ aslevis_msdooss@yahoo.com

INTRODUCTION

Located in West Africa, Côte d'Ivoire stretches over 322 462 km² and counts 15 366 672 inhabitants, according to the General Census of the Population and Dwelling of 1998.

The disabled people according to this census are 85 517. However, it is necessary to specify that this number which does not reflect reality is largely exceeded today.

Indeed, according to WHO and the UNDP, in any population given, 15% of the people are handicapped. On this basis, we can estimate the disabled persons in Côte d'Ivoire to 3 150 000 on a total population around 21 000 000.

This increase of disabled people can also be explained by the socio-policy crisis since September 2002 until the recent post electoral crisis, disabilities related to the expansion of the ulcer of burili and other invalidating diseases such as the diabetes, hypertension and the poliomyelitis.

The persons in situation of disability constitute one of the most vulnerable levels of the world population. The infirmity or deficiency, mental, sensory or motor, congenital or acquired, which involves a disadvantage at them compared to the unhurt people, weakens them.

In Côte d'Ivoire, like everywhere else in the world, considering the extent of disability such as some the figures above testify and due to the many problems linked to the equal opportunity between disabled persons and people known as valid, some efforts are made by the States and the international community, by the adoption of several legal instruments of protection and promotion of the disabled persons for their socio-professional integration by their adaptation and their readjustment.

In Côte d'Ivoire, what are the actions and strategies implemented for the readjustment of the disabled persons? In other words, what «Assessment can we draw up about readjustment of the disabled persons in Côte d'Ivoire and what are the prospects»

This is the problem of our reflexion which will be articulated around the following points:

- I- Conceptual approach
- II- Historic
- III- Actions carried out to facilitate the readjustment of the disabled persons
- IV- Obstacles for the development of the readjustment
- V- Prospects to surmount the obstacles

I- CONCEPTUAL APPROACH

Handicap

According to the international Classification of functioning, handicap and health, it is a generic term which indicates deficiencies, the limitations of activity or the restrictions of participation, resulting from the interaction between the person who has a problem of health, contextual factors (like the physical environment, attitudes) and personal factors (like the age or the sex).

In accordance with the Convention on the Rights of the Handicapped People, the handicap results from the interaction between people presenting incapacities and behavioural and environmental barriers which are an obstacle to their full and effective participation in the society on the basis of the equality with the others.

Handicapped people

The handicapped people are very diverse, but are linked by the common experience to have to face obstacles to their full participation in the society. It is probably impossible to come to an universal and fully satisfactory definition of the handicap, but the four elements registered in the Convention provide a base for any analysis and action concerning the handicap: «by handicapped people we understand people who have permanent physical, mental, intellectual or sensory incapacities whose interaction with various barriers can be an obstacle to their full and effective participation in the society on the basis of the equality with the others.»

Deficiency:

It is defined like a loss or an anomaly of an organ or an anatomical, psychological or physiological function. It is a loss of substance or a progressive restriction of a structure or a function (psychological, physiological or anatomical).

Limitations of activities

They are defined as difficulties due to a functional incapacity that a person can meet in the realization of an activity.

Restrictions of participation

They indicate the problems which an individual can encounter to take part in a situation of the everyday life, such as discriminations to education, to recruitment, to the political participation or the inaccessibility of transport, buildings, etc.

Readjustment

It is a process intended to help the handicapped people to develop or reinforce their physical, mental, social capacities. It involves several aspects. For example at one point of the life of a child who has incapacity, concerning the movement, the most urgent measure will consist to re-educate and fit him with prosthesis to ensure its mobility.

In the case of a deaf child, it will consist in making him able to communicate. These two children will need to receive an education later and possibly, a vocational training. Moreover, both of them will have to take part in the activities of their family and their community. To obtain such results, the process of readjustment requires various types of services as well as a Community action.

Community based Rehabilitation

It widens the concept of readjustment by including all the services which help the handicapped people to develop their capacities.

II- HISTORIC

Since its accession to independence the 07th august 1960, Côte d'Ivoire made promotion of vulnerable populations in general and handicapped people in particular one of the priorities of its social policy.

As regards readjustment of the disabled people, the sector of health centred its interventions on the medical

model of the handicap. Physical and Readjustment therapy through the re-educator doctors play a great role in the recovery of functional capacities and quality of life of the handicapped patients. The government department in charge of health, the Non-governmental Organizations specialized in the handicap and other private initiatives are mainly concerned by these actions.

As far as the government department in charge of the disabled people is concerned (note: Department I am working into), the social model and the model of the humans right of the handicap have until now guided the various initiatives in favour of the handicapped people seeing that the readjustment must be carried out within a global social environment.

In addition, creation in 2003, of the Ministry for solidarity, the social security and Handicapped, and then the Promotion of disabled persons Management allowed a better coordination of the initiatives of the State in favour of this fringe of the population.

The decree n° 2011- 281 of October 05, 2011 attaches this one to the General Management of Social Affairs and the Solidarity with the following missions:

- Conceive and implement the national policies aiming at the promotion and the protection of the handicapped people;
- Implement a coherent policy of framing, training and insertion of the handicapped people in social fabric, in particular in the world of work;
- Initiate and lead the actions aiming at the social integration of the handicapped people in the process of development;
- Ensure the protection and the promotion of the rights of the handicapped people;
- Conceive and implement the strategies of integrated taking support of the handicapped people;
- Control the activities of the specialized agencies for handicapped people;
- Develop the actions aiming medical rehabilitation of the handicapped people.

III- ACTIONS CARRIED OUT TO FACILITATE THE READJUSTMENT OF DISABLED PEOPLE

Within the framework of its mission of promotion and supporting of disabled persons, the State of Côte d'Ivoire takes actions to facilitate the readjustment of those populations.

In addition to the many initiatives in the sector of health, the ministry in charge of the handicapped people works as far as is concerned, for their well-being through the Promotion of the Handicapped Persons Management. This Direction receives each year many requests for prosthesis.

□ Concerning Medical Rehabilitation

Requests for prosthesis

In 2009, within the framework of the social helps, 17 requests for prosthesis were satisfied representing a total amount of 5.018.000 FCFA distributed as follows:

- 04 wheelchairs	1.280.000 FCFA
- 02 orthopaedic shoes	325.000 FCFA
- 04 hearing prosthesis	2.733.000 FCFA
- 03 crutches	
- 04 armchairs	680. 000 FCFA

The other requests relating to the orthopedic surgery, the orthopedic tricycles, sessions of speech therapy and the medical supports could not be satisfied because of exhaustion of the budget.

In 2011, on a total of 11 requests for prosthesis, 11 were satisfied that is to say a total amount of 8 339 100 FCFA.

- 10 prosthesis

- 01 orthopaedic compensation.

In 2012, the DPPH also contributed to make the autonomous of the handicapped people by gifts of prosthesis: Thus, on 346 introduced requests for prosthesis, 68 were satisfied. Those are 44 wheelchairs of an amount of 6.600.000 FCFA, 17 crutches of a value of 2.295.500 FCFA, 08 English canes of an amount 60.000 FCFA, 06 white canes of an amount of 102.000 FCFA and 02 hearing aids of a value of 1.049.300 FCFA and 4 Payment orders signed. That is to say a total amount of 8.040.800 F CFA.

It is necessary to add to all those, the training of a half-dozen of blind physiotherapists integrated into the Public office (in service in CHU Yopougon,).

Medical support requests

In 2011, on 35 requests, 29 were satisfied representing a total amount of 26 215 980 FCFA.

- 08 medical care (4 620 000 FCFA);
- 02 chemotherapies (2 742 500 FCFA);
- 03 prosthesis (517 500 FCFA);
- 01 re-education (300 000 FCFA);
- 01 medical treatment (500 000 FCFA);
- 01 haemodialysis (660 000 FCFA);
- 09 surgical operations (15 870 500 FCFA);
- 02 Examinations (323 480 FCFA);
- 01 hospitalization (532 000 FCFA);
- 01 Purchase of pharmaceutical glasses (150 000 FCFA).

Concerning Community Based Rehabilitation

The National Plan of Community Based Rehabilitation knew a pilot phase in Côte d'Ivoire from 1990 to 1996 in seven localities.

It is necessary to specify that the program was mainly stopped for financial and material reasons.

A report of collection and analysis was worked out by the Promotion of the Disabled Persons Management under the aegis of the Ministry for the Family, the Woman and the Social Affairs, within the framework of the evaluation of the Programme of Community Based Rehabilitation 1990 – 1996.

Messrs BAKAYOKO Massoma, Consultant, National Institute of the Statistics and ELIAM Jean Marie, main Consultant of CBR Program also took part.

We retain from synthesis of this report:

On the level of the school support

It was about both children and adults at the same time, and allowed the handicapped children, to attend the same schools as their small comrades.

On the level of insertion:

Thanks to the funds allocated by the program, disabled persons settled on their own account and became financially autonomous.

On the level of the psychosocial support:

The psychosocial support carried out within the framework of the project made possible for some disabled persons to overcome the environmental difficulties. There are many favourable testimonies of the recipients and their parents regard to CBR program.

On the level of the medical support:

The actions carried out within this framework are related to the surgical operations (physical and visual), the purchase of prosthesis and orthosis in the center Don Orione, and functional rehabilitations.

IV- OBSTACLES TO THE DEVELOPMENT OF THE READJUSTMENT

The development of the Readjustment in Côte d'Ivoire is broken because of a certain number of factors:

- The National policy in favour of disabled people and its strategic action plan are not adopted and not implemented yet;
- The National Plan of Community Based Rehabilitation which knew a pilot phase from 1990 to 1996 is no longer started;
- No decrees of application of the law n°98-594 of November 10th, 1998 of orientation in favour of the disabled people are still signed;
- The convention on the rights of the handicapped people which in the section 26 makes a certain number of recommendations to the States in order to facilitate the Adaptation and the Readjustment of the handicapped people is still not ratified;
- The initial and continuous training of the professionals and personnel who work in the services of adaptation and readjustment are not sufficiently favoured;
- The offer, the knowledge and the use of apparatuses and technologies of assistance, conceived for the handicapped people, who facilitate the adaptation and the readjustment, are insufficient or quasi-non-existent.
- The absence of reliable statistical data on the handicapped people.

V- PROSPECTS TO SURMOUNT THE OBSTACLES

- In a general way
Progresses were made for the signature of the decrees which rise from the law of orientation 98-594 of November 10th, 1998 and for the implementation of the national policy in favour of the handicapped people;
- Two workshops of finalization and validation of preliminary draft of decrees relating to employment, health, education and the handicapped people training proceeded from the 17th to June 19th and from the 24th to June 26th, 2013;
- A seminar of adoption of the national policy in favour of the handicapped people and of development of the national strategic plan was held from Monday 5th to Thursday November 8th, 2012.
This seminar was marked by two phases:
1st phase: Analyse of situation of the disabled persons legally and institutionally speaking, on the plan of education, the formation and employment and on the plan of health and assistance (inventory of fixtures of the insertion of the disabled persons and limits of the carried out actions).
2nd phase: Development of the national strategic plan by a reflexion on the planning of the actions concerning the following fields:
 - Social protection and the promotion of the rights;
 - Health;
 - Education and training
 - Employment;
 - Environment and the living environment;

- The legal and institutional environment.

□ A workshop was held from the 1st to July 4th 2013 to finalize and validate the actions plan of implementation of the national policy in favour of the handicapped people.

During this workshop which joined together the technical ministries, the Organizations of Handicapped People and all the other actors intervening in the support of the handicapped people;

- The axis of priority intervention of the action plan were defined;
- The actions contributing to the implementation of the strategic issues of the national policy in favour of the handicapped people were defined, budgeted and validated;
- The activities were defined and validated;
- The results awaited (strategic results, results of effects, results of extrants) for each activity, the indicators of performance and the partners of implementation were identified and validated;
- The organisational outline of implementation of the action plan was defined;
- The matrix of actions of the national policy in favour of the handicapped people was worked out and validated:
- The action plan was validated.

□ The National assembly, in its session of Friday June 21st, 2013, adopted the bill authorizing the president to ratify the International Convention Relating to the Rights of the Handicapped People. Anything likely to support the implementation of many projects, programs and plans in favour of this fringe of the population;

□ The General Census of the Population and the Dwelling envisaged to be held in this year 2013 could bring an answer to the significant question of statistical data with regard to the handicapped people. Several tripartite meetings DPPH, National Institute of Statistics and Action on Disability and Development (ADD), NGO of British right strongly interested by the subject took place. The insurance was given by the INS, resulting from these working session, that the census to come will make possible to have demographic, socio-economic data reliable on the handicapped people on the basis of variable various (a number, localization, repartition by sex and age, matrimonial statute, family structure and households, migrators' movements, Characteristic of housing, economic activity an education level).

□ Other projects of decrees could make object of finalization and validation for their signature (those could be, among many others, projects of decrees carrying creation, organization and operation of the insertion and Development funds of the handicapped people, the one bearing creation of committee interministerial of coordination in adaptation and readjustment, the one relating to the living environment of the handicapped people...)

□ Concerning medical Rehabilitation

It is not possible to satisfy all the applicants with the funds allocated for this chapter, the DPPH keep on multiplying other actions to bring a solution to the many requests that it receives:

□ Request for assistance for obtaining technical assistance are addressed to certain international NGO, Foundations and other companies;

□ To also facilitate the access of the handicapped people to rehabilitation, prosthesis at lower cost, the State of Côte d'Ivoire envisaged in its Project of Public Investment, the creation of 04 Centers of Rehabilitation and Prosthesis from 2013 to 2015 in particular in the localities of Bouaké, Daloa, Korhogo and Abengourou. For an estimated total cost of 900.000.000 FCFA.

□ Concerning vocational rehabilitation

To ensure the equal opportunity between the handicapped workers and the other workers the way equal wage treatment is ensured, some measurements are considered in the project of decree relating to the employment of the handicapped people which rises itself from the law n° 98-594 of November 10th, 1998 of orientation in favour of the handicapped people.

These measurements specify that:

- the employer must carry out necessary installations aiming at facilitating the access of the handicapped person to the work environment (section 6);
- the wages of the recipients of employment cannot be lower than that which results from the application of the lawful legislative provisions (section 12 subparagraph 1)
- However when the professional output of the interested parties is manifestly decreased, the wage cuts can be authorized under the conditions fixed by lawful way ((section 12 subparagraph 2).

It is also envisaged, creation by decree of a Technical Commission of Orientation and Professional Reclassification and an Interdepartmental Committee of Coordination Adaptation and Readjustment.

Some measurements are considered in order to guarantee that qualified personnel as regards vocational rehabilitation is placed at the disposal of the handicapped people;

Indeed, the National Policy in favour of the Handicapped People envisages in its health chapter some measurements to facilitate their vocational rehabilitation.

- 1- Reinforcement of the manpower and the capacities of the professionals of health and the readjustment;
 - a. Reinforcement out of equipment of all the centers of health and readjustment;
 - b. The installation of funds intended for orthopedic equipment and prosthesis.

Those are many measurements which will allow the implementation of a policy of vocational rehabilitation and employment of the handicapped people;

□ Concerning Community Based Rehabilitation

Progresses were accomplished in the direction of the resumption of the Community Based Rehabilitation program, in particular:

- The participation in the under regional workshop of French-speaking West Africa countries on the launching of the directives 2010 of the Community Based Rehabilitation and the world report 2011 on the handicap, from the 24th to April 26th, 2012 in Ouagadougou in Burkina Faso.

This new matrix of the CBR will guide us in the elaboration of the document of the CBR national policy.

- Elaboration and in-house validation of the document of CBR policy on the basis of new directive of the World Health Organization (WHO);

- The organization of series of three meetings is envisaged with the experts of the issues retained within the framework of CBR program (health issue (1), education issue (2),

Subsistence means issue, social integration and autonomous issue (3));

- The participation in the workshop on the CBR organized by the International Nongovernmental Organization of German right Christoffel Blinden Mission (CBM) from the 08th to July 12th, 2013 in view of the support of this NGO to the implementation of CBR National Program of the Côte d'Ivoire.

Some measurements are envisaged within the framework of this program in order to promote the creation and the development of services of vocational rehabilitation and employment for the handicapped people in the isolated rural zones and communities:

- Organizations of workshops of training on the incomes-creating activities;
- Visits on the ground to collect the requirements in training, to identify the trainers and the training opportunities;
- Setting in apprenticeship of the applicants and follow-up of the training activities;

- Installation of the trained people and follow-up of their activities;
- Search for partners for the financing of the activities, the projects.

CONCLUSION

Ultimately, it arises from the assessment of the actions undertaken to surmount the obstacles with the development of the Readjustment, an absence of legal environment to formalize all the initiatives.

However, that should not make us forget the fact that Côte d'Ivoire leads several actions at various levels aiming at supporting the Readjustment and the functional Rehabilitation of the handicapped people.

In addition to the Ministry in charge of Health, the Ministry in charge of the Social Affairs within the framework of its attributions initiated several projects in this direction.

The current initiatives that are the projects of decrees of law 98-594 of orientation in favour of the handicapped people, the bill authorizing the President to ratify the International Convention relating to the Rights of the Handicapped People are capable to guarantee «to the handicapped people to reach and preserve the maximum autonomy, to carry out fully their physical, mental, social and professional potential, and to arrive to the full integration and the full participation in all the aspects of the life «as stipulated in section 26 of Convention.

All those will be able to fill the legal vacuum, real barrier to the implementation of an institutional environment to guarantee perpetuation of the actions for the well-being of the handicapped people.



Assessment of the impact of the national policy on disability

Salome SARIA

TATCOT-KCMC
Box 8690, Moshi, Tanzania
sariaslome@yahoo.co.uk
Tel: +255 27 27 53986/7 Mob; :+255762921785

Keywords: disabled, policy for rehabilitation, regulatory, strategies and plans, implementation, mechanisms

Introduction:

A policy is defined as a specific statement of principles or guiding actions that imply clear commitment by the Government or Institutions, or a statement of values that provides a basis for consistent decision making and resource allocation.

Public Policy; A system of laws, regulatory measures, courses of action, and funding priorities concerning a given topic promulgated by a governmental entity or its representatives.

A health policy; A formal statement or procedure within government which defines priorities and the parameters for action in response to health needs, available resources and other political pressures.

Objective: Identify the policy perspectives of various actors in their efforts to improve national rehabilitation plans for disabled in Tanzania.

Methods

descriptive/ qualitative study; Analysis; - to policy, Focus Group Discussion to Key persons

Results

The Tanzania National Policy on Disability aims at improving life situation of people with disabilities by undertaking the following actions: Encourage the development of people with disabilities, Empower families of people with disabilities, Review/amend legislations that are not disability friendly, Improve service delivery, to allow the participation of people with disabilities in decision making and implementation of important activities in the society, and Identify NGOs that provide services to people with disabilities and coordinate their activities National Strategies for improvement; proposes is strengthening of health systems with the goal of reducing disease burden through improved Resources, Systems, Policies and Management. pointed out areas of decisive importance for the quality of life, full participation, awareness raising, medical care, rehabilitation and support services, accessibility, education, employment, income maintenance and social security, family life and personal integrity, culture, recreation and sports, and Religion.

Implementation setback of the policy; The ideas and concepts of equality and full participation for persons with disabilities have been developed very far on paper, but not in reality. Most facilities are not accessible to disabled persons. Examples: Badly designed Buildings, segregated Education, Poverty and low income, Lack of Enablers, Inaccessible Transport, Poor job Prospects, No fees set aside by the Government for

appliances/assistive devices to assist disabled needs which does not address the policy statements.

Discussions and Conclusions

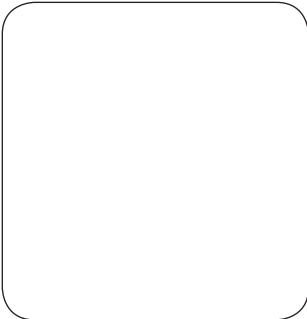
A large amount of disability is preventable, often through relatively simple, low cost interventions. The policy has not addressed fully the needs of the disabled people and that the Government has to see it be implemented so as to alleviate the suffering to the intended population.

Read more

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



Importance of rehabilitation in the Public Health System in Chad



Delphine NDOUBANADJI TARAM

Pshysiotherapist

*President of the Professional Orthopedics and Rehabilitation in Chad Association (APORT)
Congresswoman in the National Assembly*

Notice

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



Multi-year development rehabilitation program in Benin

Toussaint G. KPADONOU

*Comité Technique de Suivi du Programme de Développement de la Réadaptation, Bénin, 04 BP 808 Cotonou ;
Tél : 229 97588926
Kpadonou_toussaint@yahoo.fr
Co-auteurs : E. Alagnidé, J. olouka, Y. Anani, K. Gnimassou, MC. Olory, O. Jadin*

Keywords: program, multi-year development, rehabilitation, Benin

Introduction

Development needs structures for the integration of disabled people in Benin, led the government to adopt on 2005 in Benin with the support of the Belgian cooperation a document entitled «Policy and Strategy Development Physiotherapy in Benin 2006-2010 ». Following this, was developed the» Plan of Action of the National Policy of Physiotherapy in Benin 2008-2010 ». These developments have led to a consequent development but not sufficient of physiotherapy, while other areas of rehabilitation experienced little change. It is within this framework that has been developed since 2011 with the support of our partners a multi-year program to provide guidance to activities leading to the rehabilitation of the disabled person as a whole.

Objective

To contribute to improve integration of disabled people by improving the quality of rehabilitation care.

Method

This is a work done by specific objectives with objectively verifiable indicators to achieve in different areas of medical rehabilitation and community-based rehabilitation (CBR) by strengthening the institutional, organizational and educational with a timetable for the end of 2011, 2012 and 2013.

Results

To this end, several sectors have been targeted both at the institutional, organizational and educational:

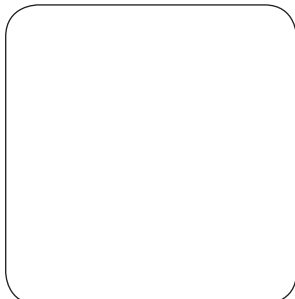
- Ministry of Health, creation of the division of medical rehabilitation was performed with an operating budget therefore accompanied by the development and adoption of the statutes of professionals of rehabilitation
- Capacity physiotherapy and medical rehabilitation were strengthened both qualitatively and quantitatively with the creation of ten new rehabilitation services and the recruitment of 95% of physiotherapists out of upper School of Physiotherapy (USP) and application of best practices in physiotherapy field
- Ministry of Higher Education, USP, Faculty of Science and Health have been strengthened in their training capacity with the reform of the training curriculum to fit the LM Dsystem
- Ministry of Family, disabled and elder people, CBR National program capacity to implement its service offering rehabilitation to PH have been strengthened by the adoption of the National Policy for the Protection and Integration of Disabilities People (NPPIDP) and the creation of four Space contacts
- At the national level, the availability of skilled human resources in rehabilitation is enhanced by the formation of five orthopedists, five orthophonists, occupational workers, technical staff of the CBR for 36 districts and rehabilitation physicians.

Conclusion

Conception of a multi-year development program of rehabilitation is fundamental to our developing countries. It allows the use of objectively verifiable indicators to assess at any time the level of achievement of predetermined objectives.



**Strategy of physical and functional rehabilitation care development
within a health and social system**



Claude SIMONNOT

Physician, ISPO France representative

Notice

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



Strategy for development of physiotherapy and medical rehabilitation: the innovating experience of burundi

Godefroid KAMWENUBUSA

*MD, Director of the National Program against chronicle non-communicable diseases.
MoH PO box 1820 Bujumbura. Burundi - Mob : +257 78737381
gkamwe2000@yahoo.fr*

Co-authors:

*Dr Jean Claude HAKIZIMANA, MD, clauhak2005@yahoo.fr
Olivier JADIN, MSc, PhD, o.jadin@apefe.org*

Keywords : National strategy, development, physiotherapy, medical rehabilitation, partnership, south-south, public-private, sustainability.

Objectives

The Burundian Ministry of Public Health and the Fight against AIDS (MSPLS) wishes to develop physiotherapy and medical rehabilitation (PMR) through a national strategic plan;

The initial phases are: (i) training abroad a core team of high level physiotherapists and a rehab specialist medical doctor, (ii) creating a National Physiotherapy and Medical Rehabilitation Reference Centre (CNRKR) at Bujumbura's University Hospital and (iii) Creating a Higher School of Physiotherapy (ISFK) at the faculty of medicine.

Materials and methods

The program builds on:

- (i) a south-south partnership with Benin, which implemented a similar program in 1991. Benin as a crucial role in competencies transfer, while training the initial core team of Burundian HR;
- (ii) a north-south partnership with Belgium that has a big experience in this field in Benin and that became the technical and financial partner of MSPLS.
- (ii) a public-private partnership with a national NGO (COPED); partner of the MSPLS for independent management of CNRKR.

Results

- (i) At the end of 2011, MSPLS validated a plan for development of PMR. Its main axes are integrated in the National Plan for Health Development (PNDS) 2011-2015.
- (ii) Seventeen students in physiotherapy and one PMR specialist doctor are currently being trained in Benin. All physiotherapists will be back in Burundi at the end of 2015.
- (iii) At the end of 2013, CNRKR will be operational at Bujumbura university hospital. Meanwhile, a « provisional CNRKR » opened in 2012 to stabilize the first physiotherapists back from Benin. This institution is agreed and supervised by MSPLS and independently managed by COPED
- (iv) The opening of ISFK at the faculty of medicine is scheduled at the beginning of the 2017-2018 academic year.

Discussion and conclusion

Several factors are crucial for the program to succeed

- (i) A strong commitment of the Government which must be fully involved in regulation of the sector , beginning with integration of medical rehabilitation in health policies and strategies ;

- (ii) Collaboration mechanisms and various forms of combined and innovating partnerships (south-south; north-south; public-private) ;
- (iii) Priority given on training of a high level core team of professionals and on sustainable management of created health and training structures where they will work.

Read more

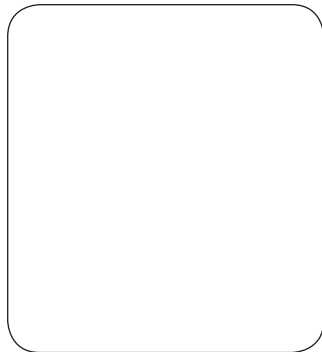
View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



Togo national CBR network

PINDA Akoua épouse BOWESSIDJAOU

*Directrice CNAO, Chef Programme RBC BP: 3173 Lomé- Togo
E-mail: akouapinda@yahoo.fr*



Keywords: disability, networks, development actors, CBR, inclusive.

Introduction

If we consider that the Togolese population is about to reach 6,000,000 inhabitants according to the Ministry of Habitat, Togo will count 900,000 people with disabilities. This increasing number has always questions among Togolese leaders about the prevention and management actions to be implemented in order to ensure their equitable social life. The national CBR network is one of the possible answers.

Materials and methods

Our target populations within the CBR network consist of all actors in the field of disability in Togo especially the organizations of persons with disabilities.

Objectives

The objective of the Ministry of Health while boosting the Community Health is to reduce disparity in access to health care and health education. This vision is a challenge to the ability to mobilize the populations concerned and the compartmentalization of knowledge and medical and social practices. They implicitly reject sectorization, hierarchical organization for the benefit of the multidisciplinary and networking.

Discussion

The National CBR network of Togo is responsible for directing and coordinating activities held by CBR actors and promote synergy of action between the actors involved for the promotion of an inclusive national full participation of People living with disabilities in community life. The global patient management does not concern e only health professionals and social , but the state, local communities, voluntary organizations.

Conclusion

The global support to the disabled, considering his social environment, requiring beyond care, interventions and rehabilitation does not concern only health professionals and social but also the state and communities local associative movements.

Read more

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



Human resource for health; in service training strategies: the model of Kigali health institute, Rwanda



Jeanne KAGWIZA

*Kigali Health Institute, Kigali-Rwanda, BP 3286,
Tel. (+250) 788755364, jkagwiza@yahoo.fr/jkagwiza@khi.ac.rw
Co-authors:
Patricia Struthers(trish.struthers@gmail.com) &
Jennifer Jelsma (Jennifer.jelsma@uct.ac.za)*

Key words: KHI, continuing education/ in service training, health professionals, teaching, research, capacity building, professional development, professional standards

1. Background

Kigali Health Institute (KHI) was established in 1996 with a mission to train qualified and competent nurses and allied health care professionals; including rehabilitation professionals to be able to respond to the health needs of the community in Rwanda. Based on this concern, KHI has created the following programs: Advanced Diploma level training in; Midwives, Medical Laboratory Technologists, Anesthetist technicians, Mental health nurses, Ophthalmic clinical officers, Medical Imaging and Prosthetics and Orthotics. In addition, since 2006, KHI started offering Bachelor degree level training in; Environmental Health, Nutrition and Dietetics, Clinical Medicine, Nursing, Physiotherapy, Medical Laboratory Sciences and Dental Therapy and post graduate certificate in Professional Counseling. Recently, KHI has started a Master's degree in Health informatics and Nursing critical care.

2. Purpose

The purpose of the present communication is to share with other rehabilitation professionals the need and opportunities for professional development through continuing education

3. Need of continuing education

Continuing education is imperative for carrier and professional development for health professionals. Science evolves and with innovation of new techniques and equipment needed in management of patients. Therefore; health professionals need to up-grade and to up-date their knowledge and skills so as to meet the requirements for international professional standards and to be able to provide quality health care to the community.

4. Mechanism of continuing education at KHI

Continuing education for KHI Staff

There are two ways of continuing education for KHI staff:

- a. Short term continuing education: to up-date knowledge. Lecturers learn current knowledge, skills and techniques. The training program/modules can be developed and offered through collaboration with other Universities or International NGOs
- b. Long term continuing education: to up-grade the level. KHI is supported by the government or by certain International NGOs and International professional associations to up-grade the level and qualification

of its lectures. For example; ISPO-USAID supported some P&O staff to undergo training at TATCOT Continuing education offered by KHI to health professionals working in various hospitals and centres in Rwanda

KHI initiated a centre for continuing education but due to current restructuring plans, it become weak and collapsed. A strategic plan is available

Respective departments at KHI conduct in-service /continuing professional development (CPD) training, in collaboration with national professional associations and Ministry of Health. The in-service program is sometimes supported by NGOs. For example; the Department of Physiotherapy at KHI and the association of physiotherapists in Rwanda supported by Handicap International have developed a four year CPD project for qualified physiotherapists working in various hospitals

5. Strategies

Develop modules

Correspondence

Refresher courses

Monitoring

6. Conclusion

Health professionals schools are invited to work together with professional bodies to be able to develop programs for continuing education that have an important impact on professional development

[Read more](#)

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



The need in south Africa for implementing a continuous professional development (CPD) system for P&O professionals that include all levels of P&O registration. The importance of implementing CPD is discussed and the benefits it holds for the whole medical system

Jacques SWANEPOEL

*CPO, SAOPA, SAFPO
Pretorius, Swanepoel & De Muelenaere Incorporated,
Parkview Lifestyle Centre, Moreletapark, Pretoria, South Africa
e-mail: swanepoeljs@gmail.com
Tel no: +27 (0) 86 1111 907*

Keywords

Continuous Professional Development (CPD), Health Professions Council of South Africa (HPCSA), short courses, refresh, Research & Development, cooperation, capacity building, standards,

Objective

To share experiences on the implementation of CPD in South Africa and the effect it has on professional development in P&O. The role of professional bodies, associations, companies and P&O individuals is underlined to successfully manage CPD in South Africa.

Materials and Methods

The South African experience in CPD is shared. The Health Act of South Africa describing CPD as compulsory to maintain annual licensure is described. Current official documents supporting the completion of a two year CPD cycle accumulating 30 ECU's is demonstrated.

Discussion

A review of the South African CPD system as a mechanism to ensure continuous education and upgrading of P&O professionals is discussed. The specific role CPD is playing in prominent countries and the regulation thereof to maintain and enhance professional skill or licence to practice will be discussed as well as current human resource strategies for Africa.

The aim of CPD is discussed and how it addresses different levels of registration in P&O. The formulation of standardised CPD events is discussed and how these events or activities generate opportunities for exchange of knowledge and transferring of skill. The CPD system generally focusses on the refreshing of previous learning can generate even interest and professional exchange of knowledge between countries or regions. Exchange programs will be addressed between universities and benefits to students to gain different environments or systems in health.

The introduction of short courses or short course CPD activities to activate, stimulate or address particular need in P&O rehabilitation will be highlighted as part of capacity building or underlining of standards.

The integration between CPD as human resource strategy and regional regulatory activities as a collaboration mechanism between different professional bodies in Africa will be demonstrated and discussed and how it relate to cross border community projects.

The need in south Africa for implementing a continuous professional development (CPD) system for P&O professionals that include all levels of P&O registration. The importance of implementing CPD is discussed and the benefits it holds for the whole medical system

Conclusion

As a result of the successful implementing of CPD in South Africa, the possibility to implement such a system for the greater African P&O community is envisaged. Obvious benefits gained through CPD activities can be applied by P&O individuals for addressing need in a particular region or country.

Read more

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



Prospects for Regional Cooperation



Masse NIANG

Graduated as P&O (Prosthetist/Orthotist, Masse NIANG, has made many university studies namely in Social Sciences and Public Health with the option: "Education and health" in Lille II and Lille III in France coupled with a University Diploma in Public Health, option "Health and Development", in Nancy and a training in management of multi-projects at the University of UQAM in Canada. 25 years experiences in Development and humanitarian programmes in Africa with several International and nongovernmental Organizations. Having occupied several positions of responsibilities in coordination and management of multi-projects in humanitarian and health field, he has a good knowledge in development and management of projects in favour disabled persons organizations. He actively participated in setting up a network caring for disabled people organizations, health, rehabilitation and social professionals, governments and development programmes. He is actually the Chairman and founder member of the African Federation of Orthopaedic Technicians (FATO) which gathers about thirty countries.

Notice

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

FINANCING AND DEVELOPING MECHANISMS FOR REHABILITATION



Affordability and financing of health services in sub-Saharan Africa: the case of Côte d'Ivoire

Memon FOFANA

Doctorant en Sociologie de santé à l'Université d'Abidjan-Cocody (Côte d'Ivoire)
E-mail : fofanamemon20@yahoo.fr

Keyword: Health, finance, micro-insurance, population, State

The Coast of Ivory, after 20 years of growth, to the course of which, we could observe an improvement of the national indicators of health, knew in the beginning of the years 80 an economic crisis with for consequence the setting up of a structural adjustment politics, and the devaluation of the Straightforward CFA intervened in 1994. These measures imposed, among others, the disengagement of the state and the reduction of the public expenses, reducing the budget allocated to the sanitary sector thus. This situation contributes to the deterioration of the financing of the services of health and the conditions of access thus to the care of health for the vulnerable and poor social categories.

The present text questions the results of the Integrated Core Survey for Poverty Assessment in Côte d'Ivoire (EIBEP, 2002-2003) realised by the Ivorian Government and the World Bank to study how the population's and particularly the poor's access to health care. Despite considerable improvement in health supply following the application of the Bamako Initiative (1987) and the increasing development of mutual insurance, we show that many obstacles persist: institutional dysfunction, poor quality of services, clientelism in health Centers... Removing these barriers will support actual health policy and help reforming in continuity. A sustained commitment of Guinean state is suggested to consolidate the hospital infrastructure and promote a good functioning of the National health system.

Read more

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



The impact of the third-party payers on the activities of a physical rehabilitation centre : the case of vivre debout in Cote d'Ivoire

Abdouramane COULIBALY

*Doctor in Physical Medicine and Rehabilitation, Executive Director of the NGO Vivre Debout,
CHU de Yopougon
21 BP 453 Abidjan 21 ; drcoulibalyab@hotmail.fr*

*Co-authors:
Ali Cissé , Alloh D , Manou B , Kouamé J , Bongba P , Behi J , Assi J , Nandjui MB*

Keywords : poverty, third-party payers, rehabilitation, équipement.

SUMMARY

Since long time, equity, that is to say the potential access for everyone, et the sustainability of rehabilitation structures and particularly , orthopedic equipment create a problem in developing countries.

Indeed, disability creates additional costs, resulting in a loss of income, limited access to health, education, employment, community life and leads to social and economic exclusion. The Disable resource-poor people are caught in a vicious cycle of poverty and disability.

The cost attributable to the patient is a barrier to access to care.

The reality is even truer in the area of functional rehabilitation, very specific branch of health systems which requires expensive means when discussing the equipment.

The use of third payers (service clubs, corporate foundations, individuals, ...) is a solution whose impact in the development of orthopedic devices is far from being negligible. The rigorous implementation of the use of third-party payers supports both poor disabled person than development centers which controlled it.

The model developed by Vivre Debout in Ivory coast is as follow :

Vivre Debout in Ivory Coast has a fund that deals with indigent, primarily with children with disabilities. This fund works for 4 years, it is financed by third-party payers such as service clubs (Rotary Club, Leo Club, Lions Club, ...) and different donors (physical or moral).

The fund is housed in the Centre accounts. Social service analyzes demands of patients (plug social inquiry) and offers a discount rate of 20%, 40%, 60% or full support. The fund allocates discounts depending on the availability of resources.

Chronologically, the process is as follows:

- Identify indigent patients
- Mobilize financial resources for their support with third-party payers
- Accounting for funds used through a communication activity

The challenge is to find a medium that is attractive to the partner and favorable to the beneficiaries. The main challenge is to identify the indigent person and / or the poorest who will benefit of equity funds.

The impact of the third-party payers on the activities of a physical rehabilitation centre : the case of vivre debout in Cote d'Ivoire

Regarding the identification of indigent patient, the difficulty is in the manipulation whose may investigators social service and / or non-involvement of the family of the person concerned; in fact, these two aspects can often skew the data collection in the field. The way to prevent this problem is to formalize as possible the survey form (with quotes and coefficients) to reduce the leeway in this direction.

The indigence character of the patient should not negatively affect the quality of services offered to patients.

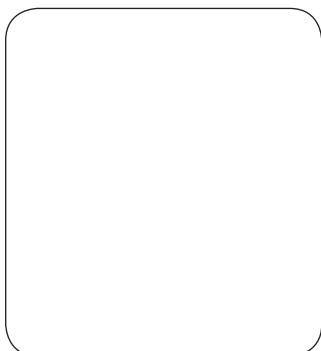
The organization of the system of joint contribution must have a guarantee that the funds collected by the center will actually serve the beneficiaries. Indeed, fear of donors is the diversion of funds for other purposes, and / or non-traceability of Finance available. It is good to involve them in the delivery of equipment to interested people and / or make donations usage reports with photographs. If the gift is important, it is good to organize a ceremony of transfer equipment to beneficiaries so that donors can benefit from visibility (communication with the media) of their action.

Read more

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



Equity funds for rehabilitation: Experiences in Mali



Caroline BOLTZ

Notice

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



Integration and financing of rehabilitation in primary health care: Current experience in south Kivu

Dr. Polepole TSHOMBA

*Provincial Coordinator of Community Based Rehabilitation
Sud-Kivu (RD Congo)*

Tél : +243 810 10 50 45 / +243 998 33 11 18

e-mail : cbrsudkivu@hotmail.fr ; polepoletshomba@yahoo.fr

Co-auteur :

MWANZA Nangunia, Provincial Minister of Health of South Kivu, nanguniam@yahoo.fr

Keywords : Rehabilitative care, endogenous financing, health zone armed post-conflict

Introduction :

Health care in the Democratic Republic of Congo are under-funded sector in general, and particularly in South Kivu where the unstable socio-political situation is enamelled by chronic wars and population movements. This situation contributes to decrease the quality of the support of care and increase the need for rehabilitation. Since armed groups operating in Province maintain the villagers in a situation of extreme poverty following almost daily, systematic rape and pillage ... we had to find a means by which poor people can lead any activity to take charge of their health care.

It turned out that the need for rehabilitation after a long period of torment only take the elevator. We must then find a way to support rehabilitation care that is already in the system, are not yet part of primary health care.

Objectives : Financing rehabilitative care through to natural ressources (field) les soins de réadaptation grâce aux ressources naturelles (champs)

Material and methods :Health center ; field culture

We considered the health areas that were hit by this war: the health zone Lulingu Shabunda Kalole, mulungu, Fizi, Haut- Plateaux, Minembwe Itombwe, Kimbi-Lulenge, Nundu Uvira, Ruzizi Lemera , Walungu Kaniola, Katana, Kalehe, Kabare Bunyakiri and Kalonge. There are 20 of the 34 existing zones.

It was quite difficult to know where to start but it was the hose that had to go in the direction of the integration of rehabilitative care in primary health care. Here it was clear that rehabilitation would not fit the «funded» package which is a package of emergency care. The challenge was big and the solution was not easy.

We made the observation that all of these health areas included huge unexploited field and managed only by group leaders (local). The outcome had been imagined, «our land, our health.»

- The main nurse should negotiate and get free 1 to 2 hectares near the head group of the health area.

- Families who will actively cultivate this field health center there will be health care «free». But in reality, field crops worth about nine times more than the usual recipes Health Centre depending attendance. Main nurses are instructed in the use of funds, they should favor the offer rehabilitative care and in particular facilitate obtaining certain technical aids.

Results : - Data areas of health related to the disability are already being reported at the health center and centralized at the health zone.

- Discussions are underway on the designation of who will manage funds generated.
- The Katana and Kimbi-Lulenge Health Zone immediately followed and have already integrated rehabilitation in the primary health care thanks to the fields work.

But in fact, a major factor that helped that we can «easily» convince villagers it is possible to do something against the disabled (and cultivate fields), they are interventions on cleft lip and palate that I performed locally at Christmas 2012 (in their poor conditions) and for them seemed spectacular.

Discussion and conclusion

In very practical way, this current experience is trying to show that if the state does not directly finance the rehabilitation care, it is possible that communities that have available land can exploit them to support their own rehabilitation.

Read more

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

OPEN PAPERS: PROSTHETICS



Lower limbs amputation and fitting: experience of the orthopedic centre “vivre debout” in Abidjan

Alain PILLAH

*Médecin au CHU de Yopougon
Cel: 225 02 02 35 83 alain_pillah@yahoo.fr*

*Auteur:
Manou Benjamin : Service de médecine physique et de réadaptation
CHU de Yopougon 21 BP 632 Abidjan 21 Côte d'Ivoire benmanou@yahoo.fr*

*Co-authors:
J. Bombo, A. D. Alloh, J. Kouakou, D Akadje, M Tano, A. Coulibaly, A Cissé, B. Nandjui*

Keywords: Orthopedic Center - amputation - Lower limbs - prosthesis

The lower limbs amputation is for the amputated person a test both physical and psychological of great importance. The evidence of the deficiency, associated with the body's loss one, is immediate, and the hope of the function's eventual recovery depends entirely on the virtues of the future fitting.

In Côte d'Ivoire, the Center of Physical Rehabilitation (CPR) “Vivre debout” ensure the rehabilitation of amputated patients thanks to a multidisciplinary team.

The study put in evidence a majority of patients male in 61, 67 % of the strength, so a sex ratio of 1,6. The mean age was of 31, 24 years with extremes of 3 years and 67 years old.

Road traffic accidents constituted the majority of the causes of amputation with 67,19 % of the cases and 15,75 % of amputation's cases wound by firearm.

The tibial amputations represented the most observed level of amputation with 71, 13 % of the cases.

The average age of the amputation was of 22, 46 months with extremes of 3 months and 10 years. The tibial prosthesis were the most represented with 73, 56 % of the cases. The prosthetic devices produced by years had an increasing evolution.

The average delay of the femoral prosthesis' manufacturing was of 21 days with extremes from 11 to 30 days and that of the tibial prosthesis was of 15 days with extremes from 7 to 25 days. The delivery delay of a femoral prosthesis was estimated in approximately 30 to 45 days and that of the tibial prosthesis from 25 to 35 days.

The objective of this study is to execute objectively the inventory of capacities of production of prosthetic fitting by the orthopedic center allowing like this to show his skills and limits in the mastery of this technology.

Material and Method

It's about a retrospective and descriptive study which including all the patients amputees of lower limbs and fitted in the orthopedic center “Vivre debout” from 2007 till 2011.

The selection of data was done from patients' information, providing information about deficiencies and disabilities, and about the type of manufactured fitting.

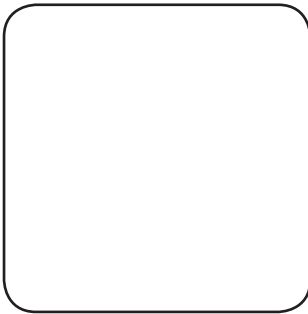
Conclusion. The Orthopedic center «Vivre Debout » is relatively young and envisages long-term to become in Côte d'Ivoire and in it under country, a reference structure in the field of the production of orthopedic bracings. For that purpose, it needs an intensification of its capacities in order to acquire skills wider in the manufacturing of the ischion ramal containment and other prostheses.

Read more

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



Support of a transtibial amputee is the work of a multidisciplinary team



Harifidy Christian RAFAMATANANTSOA

*CPO Category II, Akanin'ny marary Ambositra /
rehabilitation center in Madagascar christian.gasy@gmail.com*

Keywords: multidisciplinary, stump, rehabilitation

SUMMARY: The trans tibial amputation is one of the most practiced in hospitals. Despite the development of techniques and the use of new tools, the result is often unsatisfactory. This is an obstacle for the rehabilitation of patients. The common mistake that we commit personal rehabilitation is the focus of our care on the part of the physical person without worrying about the psychological and psychic amputees, hence the rejection of the prosthesis. The objective of this paper is to demonstrate the importance of each profession. And finally, to demonstrate that the management of a successful amputation is the result of close cooperation and harmony between the multidisciplinary team.

Introduction:

- Most amputations are performed in emergency generating stubs hardly correctable.
- Each amputation requires a concerted decision by a multidisciplinary team.
- An ideal stump generates a good appliance, normal walking and finally successful rehabilitation.

Objectives :

- Understand the laws of physics and biomechanics suffered the stump.
- Raise awareness of the rehabilitation staff of the importance of the psychological care of patients.
- Allow the multidisciplinary team to provide a «good stump» to achieve a good appliance to give a fully integration of the patient

Materials and methods :

- Surgery
Path First
Level of amputation ideal
- Care and monitoring of the wound
dressing
Bandage
- Physiotherapy
Maintain joint
Strengthening muscle

Stabilization stump

- Biomechanics
Definition of pressure
Concept lever arm
shock absorption
- Counseling and psychological
Prepare pre and post amputation □
Stages of Mourning amputated

Results:

- Stump well healed
- Scar non adherent
- Stump steady
- Good joint mobility without vicious attitudes
- Lever arm enough
- Acceptance of disability by the patient
- Decision to overcome the handicap

Recommendations:

- Prior to the decision of amputation, the multidisciplinary team shall meet to establish a rehabilitation plan
- The patient must be accompanied by a social worker and / or psychologist before, during and after the amputation
- All steps must be exposed to the patient.

Conclusion:

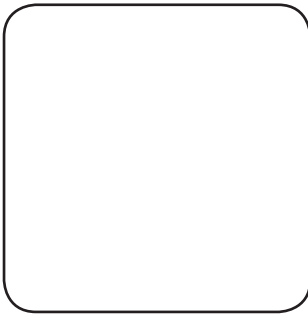
The surgeon can provide a good level of amputation, the nurse can heal without causing infection, the physiotherapist can properly maintain joint movement, the prosthetic can make the best prosthesis that is, if the patient is not ready to accept his disability, handicap, it will always be an obstacle to rehabilitation. From this communication, adopt a team spirit, a spirit of openness for the rehabilitation work is still and always will be a multidisciplinary work.

Read more

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



Forearm prosthetic: a molding technique that guarantees the success of the prosthetics



M. Timothée PAKOUYOWOU

9 Rue les bergamotes, 54000 Nancy France
Tél. : 0033675083746
paktimos@yahoo.fr

Keywords : Molding, precision, technique, forearm, fitting

Introduction :

The apparatus of the upper limb is often feared by practitioners. Infrequent and often require a very high level of accuracy. This is due to the fact that the functions of the upper limb are highly accurate and difficult to reproduce mechanically.

Forearm Prosthetic is not immune to this fact quite the contrary. But to reduce these barriers can make it difficult for a successful prosthetic forearm team The Nancy IRR has developed a molding technique accurate enough.

The objective is to allow the fitting during the molding and retain alignments at this stage of molding.

Method :

It is to proceed by three steps.

- The first step is the manufacture of a snare. It is the molding of the base of the stump. Result in marked outlet.

- Second : Fitting.

Remove the snare, make the cuts and then proceed to the fitting as if the negative was the socket . At this stage, use a jersey by putting out the talk; once the fitting is good we go to the third step.

- 3rd step:

Place the collar after small slits at the tip. Complete molding throughout the stump thus passing on the first molding.

Perform the alignment marks for the prosthesis.

Result :

A solid molding that help the shapes and alignments.

Refer to the pictures of the different patients that will be in the document.

Conclusion:

A molding technique takes a lot of time, because of the patient preparation and various fittings but it is very beneficial for the future. It will just be smooth measures.

Read more

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



Early fitting of child poly-congenital malformations of the extremities: vivre-debout orthopaedic workshop's experience

Ali CISSE

21 BP 632, Abidjan 21
Tel. : +225 02948467/ (225) 06246893
alcissefr@yahoo.fr

Co-authors:
ALLOH A D, MANOU K B, BOMBO J, KOUAKOU J,
COULIBALY A a, PILLAH A, NANDJUI M B b.

Keywords : fitting, congenital malformation, child

Introduction

Vivre Debout is an orthopaedic rehabilitation center which is facing these days to cases (challenges) of congenital malformations.

Clinical observation

A 3 year old girl (K.K) born with a bilateral missing hands and a bilateral missing feet.

The others upper and lower extremities were normal as well as the trunk and morphology of the skull and the face.

Upper limbs: From 10 months age to the period she was able to stand upright with support occupational therapy sessions had been made in collaboration with the family in order to help her to accommodate the environment.

At schooling period (age 3), in collaboration with the social worker, the school staff, a right upper limb orthotic was made. The device ,which allow flexion and extension of the wrist, was composed of a leather band in which we can insert spoon,pen,chalk to eat and write etc...The child reacted positively to the device so that the adaptability period was minimized The aim here was to prepare the child to substitute step by step her missing function. Since looking nice (the concern is a girl) it remains a challenge to be achieved, any adjustment will be tied to the need of the child.

Lower limbs: at the period of walking stage, two syme's prosthesis with SACH FOOT was made.

The first one with weight distribution on the patella tendon and the distal end of the stump

The second one was a total distal weight bearing prosthesis.

Contrary to the upper limbs fitting, the child refused many times before she accepted the prosthesis.

Conclusion

Early fitting of child poly-congenital malformations of the extremities (takes back most of the time to questions such as: who to fit? When to fit Why to fit?), remain a challenge where any adjustment is done case by case and it is a matter of multidisciplinary team.

Read more

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



Optimization of the rollover in a population of low activity amputees

Philippe CHANAL

*Philippe CHANAL, PROTEOR
BP 37833 – 21078 Dijon Cedex – France philippe.chanal@proteor.com
Serge TAPSOBA, ORTHOBA
11 BP 402 – Ouagadougou CMS – Burkina Faso - orthoba@yahoo.fr*

*Author
Xavier BONNET, PROTEOR
Dijon - France - xavier.bonnet@proteor.com*

Keywords: prosthetic foot, step rollover, socket pressure

The aim of this study is the quantitative and qualitative assessment of the effect of the GERY foot on the gait of low mobility amputees. Indeed the literature shows that the walking speed of the amputees aged over 65 is very variable and may be as twice low as the normal one.

Material and methods:

The quantitative study considers the pressures applied to the stump and the step rollover of 4 amputees fitted with a conventional foot and with a GERY foot. The measurements have been taken on the patients with their usual foot at T0 and with the GERY foot after a short period during which they get familiar with the foot. New measurements have been taken after two weeks of use of the GERY foot. For each measurement session, 4 pressure sensors have been placed in the socket.

The qualitative study uses an ESAT questionnaire to assess the satisfaction of 15 amputees fitted with a GERY foot. This questionnaire rates the importance of the items used to assess the foot, then it assess each item using a scale with a 1 to 5 score range.

Results:

The quantitative study shows that the tibia progression with the GERY foot improves the gait.

The qualitative study shows that among the items used to assess the foot, the subjects included in this study have rated safety, comfort and weight of the foot as the most important ones and that 100% of the whole population of this study reported they were satisfied with safety, 80% with comfort and 85% with the weight of the GERY foot.

Discussion: The results of this study comply with those of the studies conducted in 2006 by Dou et al. and in 2009 by Wolf et al.

Conclusion:

The advantages of the GERY foot and its core, that is especially designed for low mobility amputees, are highlighted in this study, both for the step rollover (tibia progression during unipodal stance phase) and for comfort depending on socket pressure.

Read more

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



Crossing barriers of rehabilitation through development of advanced prosthetics

Drikus REINECKE

*Block3; Thornhill office park; 94 Bekker Street; Midrand; South Africa
Tel.: +27 11 5649360 / +27 82 5681696
Drikus.reinecke@ottobock.com*

Objectives

To underline and inform panel of the differences between mechanical knees and microprocessor knees and the prescription outcome. Indicating the need to develop a prosthetic system that allow more safety on various terrains allowing patient to cross more barriers in rehabilitation.

Materials

The various knees in question Mechanical Locking, Single Axis, Polycentric, Micro Processor knees.

Methods

Referencing to previous undertaken studies by Ottobock.

Results

Although mechanical knees can provide sufficient support to the amputee and enable him to continue with his daily activities it still does not provide security equivalent to microprocessor knees.

Discussion

What are the correct prescription criteria for prosthetic knees?

Conclusion

Worldwide the average amputee age is increasing due to many factors of which diabetics is a significant role player which in itself demands a higher form of security during walking. Furthermore the stability of a prosthesis on rough terrain and the need for a knee supporting high activity patient is the drive behind Ottobock developing microprocessor prosthetics systems as these provide a higher stability than mechanical knee joints. To combat the barriers of rehabilitation prosthetics should be prescribed according to the individual needs of the patient and not purely on the financial indications of the patient.

Read more

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



Targeted Muscle Reinnervation

Drikus REINECKE

*Block3; Thornhill office park; 94 Bekker Street; Midrand; South Africa
Tel.: +27 11 5649360 / +27 82 5681696
Drikus.reinecke@ottobock.com*

Notice

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

Read more

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

