

**COMPRENDRE LES APPROCHES
COMMUNAUTAIRES DU HANDICAP
DANS LE DEVELOPPEMENT
(CAHD)**

Traduction française de *Understanding Community Approaches to Handicap in Development (CAHD)*, publié par Handicap International en collaboration avec CBM et CDD.

Handicap International

14 avenue Berthelot
69361 Lyon cedex 07 - France

Christoffel Blinden Mission (CBM)

Niebelungenstaben 124
64625 Bensheim - Germany

Centre for Disability in Development (CDD)

House # 55, Talbag,
Savar Khaka - Bangladesh

Version française : février 2003

Ce document est la traduction française de *Understanding Community Approaches to Handicap in Development (CAHD)*, édité par Handicap International dans sa collection *Handicap et Développement*, en mars 2001.

Références de *Understanding Community Approaches to Handicap in Development (CAHD)* :

Directeur de la publication : Pascal Dreyer

Rédacteur en chef : Benjamin Gobin

Auteur : Douglas Krefling

Mise en page : Frédéric Escoffier

Suivi de fabrication : Elodie Chanrion

Photographie : Laurent Duvillier pour Handicap International

Impression : IFR

ISBN : 2-909064-50-6

Enregistrement légal : 1^{er} trimestre 2001

La Coordination Technique Réadaptation Sociale et Communautaire de Handicap International adresse ses sincères remerciements à M. Thierry Auge qui a réalisé cette traduction française.

Ce document peut être dupliqué sans autorisation, en partie ou dans son intégralité, à condition d'être utilisé en faveur des personnes handicapées. Cela implique que les copies seront distribuées gratuitement ou à prix coûtant (c'est-à-dire sans bénéfice). Si vous citez ce document ou en faites des copies, nous vous remercions de bien vouloir faire référence à ses auteurs, qui souhaitent également être prévenus de l'utilisation de leur travail et recevoir les copies de vos documents.

Remerciements

Ce document est le fruit de plusieurs années de travail de nombreuses personnes à travers le monde. Le Dr Handojo Tjandrakusuma (Directeur Général du Centre de développement et de formation RBC de Solo en Indonésie) est à l'origine du projet. Soutenue par “ The Nippon Foundation ” (Japon), son idée d'intégrer les concepts du développement communautaire dans la RBC (Réadaptation à Base Communautaire) fut mise en œuvre dans des séminaires ateliers puis sur le terrain, au Bangladesh. Il a généreusement encouragé un grand nombre de personnes à s'impliquer dans ce projet.

Ni la CAHD (approche communautaire du handicap dans le développement)¹ ni ce document n'existeraient sans le travail et les idées apportées par le personnel du Center for Disability in Development (CDD) du Bangladesh. En définitive, la CAHD et le CDD ne sauraient être dissociés, ayant vu le jour au même moment. Cela est particulièrement vrai pour les personnes handicapées qui travaillent au CDD, leur exemple et leur engagement dans le développement à la fois du CDD et de la CAHD nous ont fortement soutenus dans notre démarche.

Si certains des mots et des idées exposées dans ce document vous semblent familières, c'est probablement que vous les avez rencontrés un jour ou bien même qu'elles vous appartiennent !

En bref, ce document est la somme de toutes les idées dans une démarche systématique pour créer un monde meilleur qui intégrerait toutes les personnes vulnérables, et en particulier les personnes handicapées, dans un processus incessant de création et de développement.

Le développement du concept de CAHD, de même que la publication de ce document, ont été rendus possibles grâce à Handicap International et à Christoffel Blindenmission (CBM) par le soutien qu'ils ont apporté au travail de CDD au Bangladesh.

Dédicace

Le concept de CAHD et ce livre sont dédiés à tous les enfants des pays en voie de développement qui seraient encore vivants aujourd'hui si seulement quelqu'un avait été là pour les aider.

¹ Nous avons choisi de garder dans ce document le sigle CAHD, abréviation anglaise de “ Community Approaches to Handicap in Development. ”

Sommaire

Synthèse	5
1. Introduction	8
1.1. Introduction	8
1.2. Terminologie	9
2. Déficience, incapacité et handicap dans les pays en voie de développement	10
2.1. Introduction	10
2.2. Les "aspects cachés" du handicap	10
2.3. Le cycle négatif de la déficience, de l'incapacité et du handicap	13
2.4. Les causes du cycle.....	14
2.5. Quel en est le coût?.....	15
3. Changer les comportements : La CAHD	17
3.1. Introduction	17
3.2. Les principes de la CAHD.....	22
3.3. Créer le changement	24
3.4. Domaines et secteurs	26
3.5. Mise en œuvre	28
4. Stratégies de mise en œuvre de la CAHD	33
4.1. Introduction	33
4.2. Mise en œuvre de la CAHD à travers des actions de développement.....	33
4.3. Les réseaux en CAHD	34
4.4. Les rôles attendus dans la CAHD.....	35
5. Commencer un projet CAHD	37
5.1. Introduction	37
5.2. Introduction à la "boîte à outils" CAHD	38
5.3. Les étapes d'un programme pilote de CAHD	38
5.4. La formation des acteurs des organisations impliquées dans la CAHD.....	40
6. La CAHD en action : étude de cas	42
6.1. L'impact de la CAHD sur une organisation.....	42
6.2. L'impact de la CAHD sur les familles	43
Glossaire	47

Synthèse

Ce document a pour but de présenter les grands principes d'une stratégie pour mettre en œuvre la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) appelé "Approches Communautaires du Handicap dans le Développement" (CAHD).

APPROCHES :

Des relations interactives au sein de la communauté sont nécessaires pour faire changer les comportements, et ce afin que les personnes handicapées soient intégrées et aient accès aux services et à l'assistance qui réduiront leurs incapacités et augmenteront leur développement personnel.

COMMUNAUTAIRES :

Les personnes, leurs familles et les organisations unies pour améliorer la qualité de leur vie quotidienne.

DU HANDICAP :

Ne pas reconnaître l'existence de personnes handicapées, les exclure de la société et ne pas leur fournir les services répondant à leurs besoins.

DANS LE DEVELOPPEMENT :

Inclure les personnes handicapées dans le processus continu d'accroissement des libertés individuelles et d'un accès plus équitable aux ressources.

La CAHD débute avec une organisation qui travaille et connaît la communauté cible. Elle a pour but de développer un travail existant dans le domaine du handicap et/ou du développement en permettant une meilleure compréhension des "aspects cachés" du handicap.

La CAHD change la cible du travail des organisations. De nombreuses organisations ont actuellement une vision étroite pour se focaliser sur les personnes handicapées et sur leurs problèmes. Dans la CAHD, les organisations ont une vision large pour englober la société dans son ensemble, y compris les problématiques sociales provenant de l'environnement de la personne handicapée sans exclure les besoins personnels spécifiques.

La CAHD est un dispositif, et, en tant que tel, ne peut être appliqué par une seule organisation. Bien souvent, une organisation œuvrant seule ne possèdera pas les capacités ni les ressources nécessaires à la mise en œuvre complète de la CAHD. Le travail en collaboration avec d'autres organisations s'avèrera alors nécessaire.

Les "aspects cachés" du handicap et ses causes sont en interaction dans un cycle qui crée des attitudes négatives chez les personnes et les organisations.

Ces attitudes négatives sont à l'origine de la pauvreté et des difficultés qui amènent à l'isolement, la marginalisation et la mort prématurée de deux personnes handicapées sur trois.

La CAHD reconnaît que l'élimination du handicap ne signifie pas l'élimination de l'incapacité.

Les personnes handicapées ont toujours existé et existeront toujours. En fait, éliminer le handicap signifie accroître le nombre de personnes ayant une incapacité qui pourront contribuer au développement constant de la société. Le nombre de personnes ayant une incapacité et qui contribuent au développement de la société sera un indicateur pour mesurer la diminution de la présence du handicap.

Les personnes handicapées sont essentielles et au centre du développement de la CAHD.

Leur rôle est essentiel pour faire changer les comportements, pour plaider et changer les politiques et la législation, en s'assurant que les programmes sont effectivement mis en place et sont efficaces. Enfin, elles doivent être membres des organisations qui utilisent la CAHD.

Pour la CAHD, le développement signifie l'accroissement des libertés individuelles et de l'accès aux ressources

afin qu'il y ait un accès plus équitable au niveau local, national et international. Cette façon de percevoir la CAHD implique que celle-ci doit intervenir pour apporter un changement tant au niveau local que national et international. Au niveau national et international, les programmes de la CAHD créent le changement en participant à des réseaux d'organisations formels ou informels.

La mise en œuvre de la CAHD commence par l'extension des actions concernant le handicap et/ou le développement déjà existantes :

en incluant dans celles-ci des actions d'information, d'intégration des personnes handicapées, de développement ou de mise en plan de services spécialisés de réadaptation et de contrôle et suivi des activités.

La CAHD implique des actions de développement transversales concernant la déficience, l'incapacité et le handicap.

Ces actions doivent être mises en œuvre simultanément dans tous les domaines et secteurs selon le tableau ci-dessous :

DOMAINES	SECTEURS		
	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Communication sociale			
Intégration et droits			
Réadaptation			
Management			

L'extension des programmes et des projets existants commence dans le secteur primaire (les personnes et leurs familles) avec les organisations présentes dans le secteur secondaire. Normalement, les actions du secteur primaire mises en œuvre avec les organisations du secteur secondaire devraient englober l'information dans la communauté, la participation des

personnes handicapées dans les actions de développement existantes et l'apport de services de réadaptation primaire dans la communauté.

Lorsque les activités du secteur primaire commenceront à fonctionner, les organisations du secteur secondaire éprouveront le besoin de développer des réseaux avec d'autres organisations qui travaillent dans le domaine du handicap et/ou du développement. Avec le développement des réseaux et l'augmentation du nombre de personnes et d'organisations, le besoin de changer les politiques et les législations deviendra évident pour permettre que celles-ci favorisent l'intégration. Pour faire changer les politiques et modifier la législation, les réseaux seront renforcés avec le secteur tertiaire qui comprend des organisations et des instances internationales.

Le management, le suivi, la recherche et l'évaluation de toutes ces actions, y compris les contributions des bénéficiaires sont essentiels pour s'assurer que le travail réalisé est efficient et efficace.

La formation est la clé du succès dans la CAHD. La mise en œuvre des actions de la CAHD décrites ci-dessus nécessitent de nouveaux outils et des formations complémentaires pour tous les personnels.

1. Introduction

1.1. Introduction

Ce document a été élaboré dans le but de présenter un concept global de RBC. Il s'agit d'un document technique de présentation de la CAHD destiné aux personnes désireuses d'utiliser ce concept dans leur propre organisation. Il s'agit de l'introduction de la "boîte à outils" CAHD (cf. chapitre 5.2) qui est actuellement utilisée et testée par la CBM et par Handicap International en Asie.

La déficience et le handicap sont vieux comme le monde. Ils ont toujours été et seront toujours présents. Toutefois, c'est la façon dont la société les considère qui peut et doit changer.

Dans les pays industrialisés, la réalité de la déficience et du handicap est à présent reconnue. Si bien que des efforts sont fournis afin d'intégrer les personnes ayant une déficience et une incapacité pour leur fournir des services qui répondent à leur besoin. La reconnaissance et l'intégration des personnes handicapées et le développement de services répondant à leur besoins implique que les situations de handicap sont en baisse dans les pays industrialisés.

Dans de nombreux pays en voie de développement la réalité de la déficience et du handicap commence seulement à être reconnue et les personnes ayant une déficience et un handicap sont à peine acceptées. On peut même dire qu'elles sont exclues, et les services qui répondraient à leurs besoins sont encore à créer. Dans ces pays, le handicap est encore une réalité très répandue et dont il faut se préoccuper.

La CAHD se définit comme :

- 1) **Approches** : Des relations interactives au sein de la communauté, nécessaires pour faire changer les comportements afin que les personnes handicapées soient intégrées et aient accès aux services et à l'assistance.
- 2) **Communautaires** : Les personnes, leurs familles et les organisations qui concernent leur vie quotidienne.
- 3) **Du handicap** : Ne pas reconnaître l'existence de personnes ayant une incapacité ou une déficience, les exclure de la société, ne pas leur fournir les services répondant à leurs besoins.
- 4) **Dans le développement** : Inclure les personnes handicapées dans le processus continu d'accroissement des libertés individuelles et d'un accès plus équitable aux ressources.

La CAHD est une démarche interactive qui devrait permettre aux communautés de passer :

- ⇒ **De la présence du handicap** : C'est-à-dire la non-reconnaissance de l'existence de personnes ayant une déficience et une incapacité, leur exclusion de la société et l'absence de services qui répondraient à leurs besoins.

- ⇒ **A l'absence de handicap** : C'est-à-dire la reconnaissance de l'existence de personnes ayant une déficience et une incapacité, l'intégration de ces personnes dans la société et par conséquent la création de services répondant à leurs besoins.

La présence de personnes handicapées est essentielle à la mise en œuvre de la CAHD. Changer les comportements pour éliminer la situation de handicap nécessite un échange actif entre les personnes vivant dans des situations de handicap et les autres. Cet échange est un processus interactif qui touchera les deux groupes de personnes, et qui parviendra ainsi à éliminer les situations de handicap. C'est l'implication simultanée de personnes vivant des situations de handicap et de personnes n'en ayant pas qui aboutira à l'existence de services et facilitera l'intégration sociale.

1.2. **Terminologie**

La terminologie utilisée dans ce document n'est pas la nouvelle terminologie utilisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ni l'ancienne terminologie médicale utilisée autrefois. Elle est autre, parce que l'approche des problèmes de déficience, d'incapacité et de handicap est autre. La terminologie utilisée dans ce document a été choisie après examen d'un certain nombre de facteurs et il a été ainsi décidé de garder les mots utilisés couramment dans la plupart des pays en voie de développement malgré l'écrasant besoin de changement. Par souci de clarté, on trouvera la définition de certains termes spécifiques dans le glossaire à la fin du document.

Cette décision a été prise en sachant pertinemment qu'il s'agissait d'un sujet sensible. Si le besoin de changement paraît évident, les idées à faire passer doivent d'abord être bien assimilées avant de changer les mots qui les expriment. Si l'on introduit des termes complètement nouveaux dans les pays en voie de développement en même temps que des concepts nouveaux, il risque d'en résulter une certaine confusion. Le risque que ces nouveaux concepts soient noyés dans un débat linguistique n'en sera qu'accru. Finalement les idées sont plus importantes que les mots. Ce sont les idées et les pratiques qui amèneront le changement social. Le changement social aidera à la survie de plus de personnes handicapées et leur donnera la possibilité d'entrer un jour dans le débat sur les mots.

2. Déficience, incapacité et handicap dans les pays en voie de développement

2.1. Introduction

Jusqu'à une date récente, le travail en matière de déficience, d'incapacité et de handicap était focalisé sur les personnes et sur leurs problèmes. Dans ce document, au contraire, on se concentrera plutôt sur les causes de leurs problèmes.

La conséquence de ce changement est une prise de conscience accrue des "aspects cachés" de la déficience et du handicap tel qu'il en sera traité dans le chapitre 2.2 ci-dessous.

Examiner les causes de ces "aspects cachés" et leur relation avec les personnes n'ayant pas de handicap amène à conclure qu'une stratégie plus globale est nécessaire.²

Etendre nos actions ne signifie pas négliger les personnes handicapées. C'est un appel à les intégrer dans le développement, à accroître les ressources pour leur donner accès à l'assistance nécessaire pour créer le changement social. Cela leur permettra alors de s'intégrer comme citoyens à part entière selon le principe de l'égalité des opportunités et engendrera leur pleine participation communautaire et sociale.

2.2. Les "aspects cachés" du handicap

Les "absents"

La comparaison des taux de prévalence de personnes ayant une incapacité entre pays industrialisés et pays en voie de développement montre qu'il y a des "absents" dans les pays en voie de développement. Dans certains pays industrialisés (Australie, GB, Canada et USA) le taux de prévalence de l'incapacité est d'environ 18% de la population totale.³

Dans les pays en voie de développement, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) évalue le taux de prévalence de l'incapacité à environ 5%⁴ de la population totale.

² L'ancien président des Etats-Unis, Jimmy Carter, déclarait dans sa campagne contre le SIDA en Afrique : "Il est nécessaire de combattre notre tendance naturelle à consacrer nos moyens et nos actions aux malades." Dans le cas de la déficience et du handicap, la "tendance naturelle" a été de se consacrer aux personnes handicapées. Toutefois, comme nous le montre la suite du document, les actions doivent être étendues sur les causes majeures des situations de handicap dans les pays en voie de développement.

³ Le taux de 18,4% est obtenu à partir des taux actuels du Canada (18%), du Royaume-Uni (19%), des Etats-Unis (17,5%) et de l'Australie (19%). Certaines données ont été obtenues sur les sites Internet suivants : Canada (www.statcan.com; www.cibi.ca; www.gov.nb.ca), Royaume-Uni (www.cabinet-office.gov.uk; www.drc-gb.org), Etats-Unis (www.census.govdsc.ucsf.edu). Les données concernant l'Australie ont été obtenues auprès de : *Australian Bureau of Statistics*, Catalogue 4430.0 Disability, Aging and Careers, 1998.

⁴ E. Helander, *Prejudice and Dignity : an Introduction to Community Based Rehabilitation*, UNDP, 1992, cité dans : Department for International Development (DFID), *Disability, poverty and development*, février 2000.

Il y a bien une différence alors que les taux d'incidence de l'incapacité sont inversés : plus élevés dans les pays en voie de développement et beaucoup plus bas dans les pays industrialisés.

Comment expliquer cette différence de 13% ? Plusieurs causes peuvent être avancées :

1. La différence de sens du mot "incapacité".
2. Des statistiques inexactes concernant la prévalence et l'incidence des incapacités.
3. Une répartition différente de la population par tranches d'âge.⁵
4. Certaines personnes ayant une incapacité ne sont pas comptabilisées car elles sont "cachées".
5. Le décès précoce de personnes ayant une déficience ou une incapacité.

Si les quatre premiers facteurs ci-dessus peuvent expliquer en partie la différence de 13%, il est difficile de croire qu'ils puissent l'expliquer en totalité. Cela laisse à penser que le dernier facteur est responsable en grande partie de la différence, à savoir 10% sur le total de 13%. Cette conclusion reste difficile à vérifier sans étude spécifique susceptible peut-être, mais ce n'est pas certain, de confirmer cette conclusion. Toutefois, les observations concrètes faites par des personnes travaillant dans le secteur du handicap dans le développement indiquent que le décès précoce est un facteur prédominant.

Une estimation⁶ révèle un taux de mortalité de 80% pour les enfants handicapés de moins de cinq ans là où le taux global de mortalité infantile pour les moins de cinq ans est en dessous de 20%.

Il existe une différence considérable de ressources financières et technologiques disponibles entre les pays industrialisés et ceux en voie de développement pour l'assistance quotidienne des personnes handicapées et pour les services spécialisés.

Il est également important de préciser que cette inégalité de ressources n'est pas seulement vraie entre les pays. En effet, à l'intérieur d'un même pays, il existe souvent de grandes différences.

Ce qui nous amène à la conclusion que la pauvreté est la principale cause du nombre "d'absents" : Il y a sûrement deux " absents " pour une personne handicapée " survivante ".

La pauvreté

La pauvreté joue un rôle décisif dans le handicap. Non seulement elle touche les personnes handicapées mais elle est aussi une des causes majeures des déficiences et des incapacités.

⁵ Une partie non négligeable de la population des pays industrialisés est plus âgée étant donné que l'espérance de vie est plus élevée. Les personnes âgées ont plus de déficiences et d'incapacités, ce qui fait augmenter le chiffre total des personnes ayant une incapacité. Cependant, le taux de fréquence de l'incapacité dans toutes les tranches d'âge dans les pays en voie de développement est beaucoup plus élevé que le taux moyen dans les pays industrialisés. Par exemple, aux Etats-Unis, 9% des personnes de moins de 14 ans et au Royaume-Uni, 19% de la population active sont comptabilisées comme ayant une incapacité.

⁶ B. Hariss-White, *Presentation to the Development Studies Association Annual Conference*, 13 septembre 1999, Université de Bath, cité dans : Department for International Development (DFID), *Disability, poverty and development*, Février 2000.

Un des principaux indicateurs de la différence entre les pays en voie de développement et les pays industrialisés est le chiffre du Produit National Brut (PNB). De grandes différences existent : de l'ordre de 200\$ à 25000\$.

Ce partage inéquitable des ressources mondiales au niveau local, national et international est un problème global même si la pauvreté qui en résulte est présente localement. La pauvreté est caractéristique du sous-développement et peut accroître localement les risques de :

1. Conflits (domestiques, inter-communautaires, inter-familiaux, inter-religieux et même internationaux).
2. Malnutrition.
3. Inadéquation des services de santé et de réadaptation.
4. Absence ou médiocrité des structures éducatives.
5. Inadéquation des infrastructures de transport et de communication.
6. Augmentation du travail physique pénible.
7. Augmentation du stress des personnes et des familles.
8. Augmentation des conséquences des catastrophes naturelles.
9. Augmentation de l'impact des catastrophes écologiques.
10. Absence ou insuffisance d'accès à l'information et aux actions de prévention du handicap.

Chacun de ces symptômes peut provoquer des déficiences, des incapacités et finalement des situations de handicap qui peuvent entraîner une mort prématurée.

Un autre lien significatif entre pauvreté et handicap est la conséquence de la pauvreté sur les familles. En effet, dans les familles qui vivent dans la pauvreté, chaque membre doit contribuer à subvenir aux besoins de la famille. Lorsque la capacité de travail d'un des membres est compromise par une déficience ou une incapacité, les autres membres ont rarement la capacité ou la possibilité de compenser le déficit.

La pauvreté signifie aussi que les membres d'une famille n'ont pas le temps de s'occuper d'un membre ayant une déficience ou une incapacité. Ce manque de soins entraîne bien souvent l'aggravation de la déficience ou de l'incapacité et le décès prématuré.

Pour une personne ayant une déficience et/ou une incapacité, 4 ou 5 autres membres de la famille sont touchés. Inclure les familles de personnes handicapées dans des activités de programmes de développement contribue à réduire l'impact de la déficience ou de l'incapacité et permet aux autres membres de la famille de fournir l'assistance qui augmentera les chances de survie de la personne concernée.

La spirale des conséquences de la déficience

Dans la majeure partie de l'Asie et du Pacifique, les risques d'avoir une déficience pour l'ensemble de la population sont extrêmement élevés. L'acquisition d'une déficience entraîne une incapacité qui entraîne à son tour le décès de la personne selon le processus suivant :

1. Les personnes ayant une incapacité ont un risque accru de décès précoce, ce qui entraîne une baisse du taux de prévalence de l'incapacité dans la population.
2. Un taux de prévalence de l'incapacité dans la population en baisse entraîne une baisse de financement des activités liées aux soins des personnes handicapées. La nécessité de définir des priorités de financement est aussi le résultat de la pauvreté.

3. Des barrières à l'intégration affectent aussi les priorités de financement.
4. Un financement faible des activités liées aux soins des personnes handicapées engendre une prise de conscience moindre de leurs besoins. Ce qui accroît les risques d'avoir une déficience, mais aussi que cette déficience évolue vers une incapacité et enfin, que les risques de décès précoce soient aussi accrus.

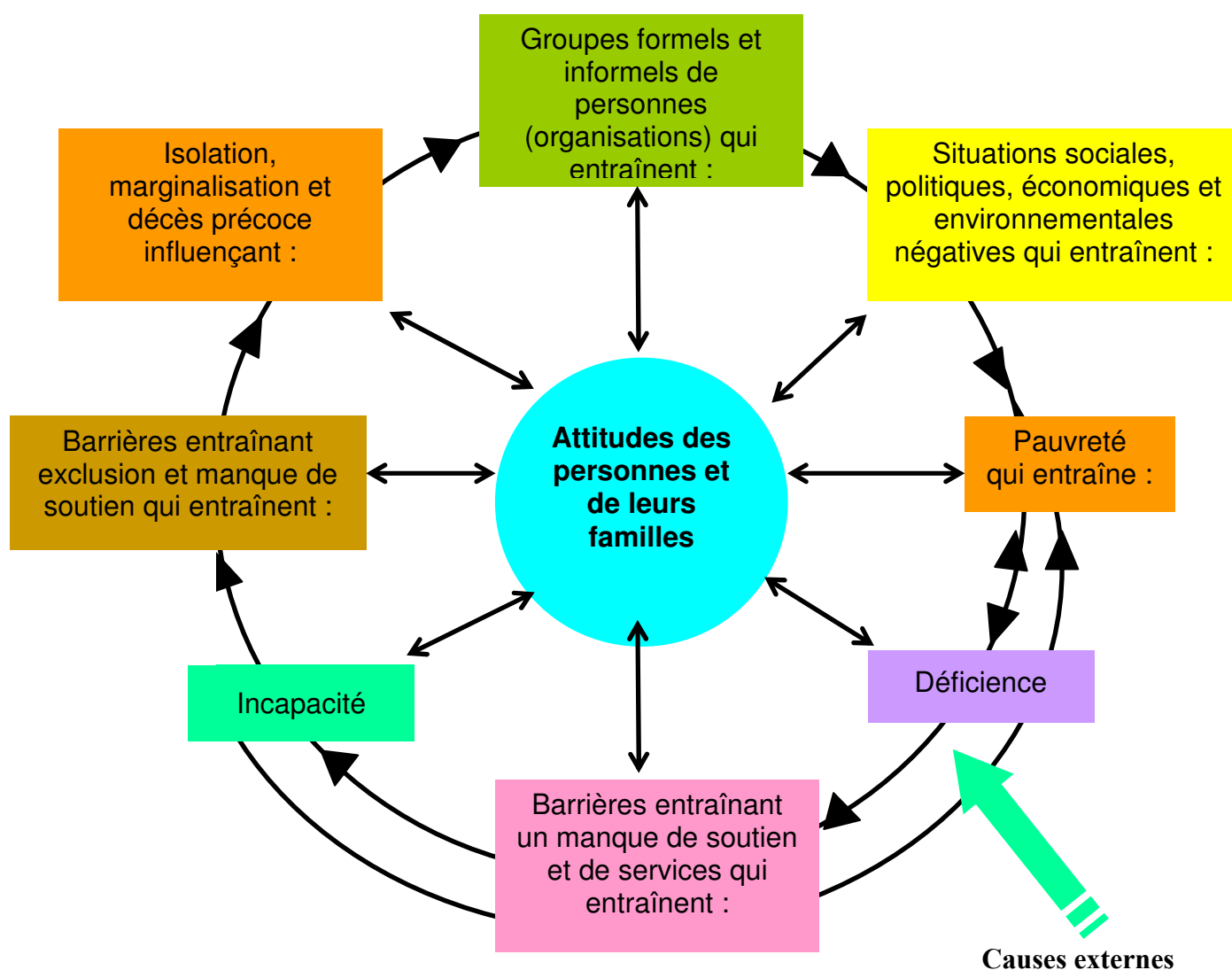
Pénurie de services de réadaptation

Le manque de services médicaux et de réadaptation affecte non seulement la vie des personnes handicapées, il affecte aussi directement toutes les personnes qui ont une déficience.

Les personnes qui ont une déficience ont souvent besoin de services de réadaptation pour prévenir ou réduire l'incapacité. Lorsque ces services ne sont pas disponibles, il y a une forte probabilité que leur déficience se transforme en incapacité permanente, ce qui aurait pu être évité.

2.3. Le cycle négatif de la déficience, de l'incapacité et du handicap

Les "aspects cachés" du handicap sont le résultat du cycle négatif de la déficience, de l'incapacité et du handicap comme démontré ci-dessous :



2.4. Les causes du cycle

Les personnes et leurs familles sont au centre du cycle parce que leurs attitudes conditionnent les différents composants du cycle.

Le moteur qui actionne ce cycle est **l'attitude négative des personnes**.

1. Le cycle commence par le haut : les organisations sont des groupes de personnes formels ou informels qui travaillent ensemble à l'extérieur de la famille pour atteindre des objectifs spécifiques. Par exemple, les organisations fournissent la gouvernance, produisent des biens, proposent des services ou bien encore créent le changement social. Elles peuvent être formelles ou informelles, gouvernementales (OG) ou non-gouvernementales (ONG). **Les organisations et les personnes** créent des situations qui influencent la vie de tous.

Un exemple de facteur qui crée une situation économique négative est la politique de révision de la dette imposée aux pays en voie de développement par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI)

2. Après les organisations, en continuant dans le sens des aiguilles d'une montre, on trouve les **situations sociales, politiques, économiques et environnementales négatives**.

Les politiques de réajustement imposées aux pays en voie de développement par la Banque Mondiale et le FMI ont conduit à une augmentation nette de la présence de la pauvreté et de son impact. Le phénomène a eu de nombreuses conséquences, que ce soit la baisse de l'espérance de vie, la diminution des services de santé et l'accroissement du taux d'illettrisme.

3. Ces situations négatives entraînent un partage inéquitable des ressources : au niveau local, régional, national et international. Ce qui crée la **pauvreté**.

Le DFID⁷ estime que plus de 50% des déficiences comptabilisées dans les taux de prévalence actuels des déficiences "sont évitables et directement liées à la pauvreté".

4. La pauvreté est une cause majeure de **déficience**. La déficience entre aussi dans le cycle par des causes extérieures ou naturelles comme les facteurs génétiques, la maladie, le vieillissement, les accidents etc. La déficience peut aussi augmenter l'impact du cycle en créant une pauvreté à court terme lorsque les personnes ne sont plus capables d'assumer des tâches productives.

Une estimation du Népal indique que plus de 30% des incapacités résultant d'un traumatisme auraient pu être évitées si des services de réadaptation adéquats avaient existé.⁸

5. Les services et l'assistance nécessaires aux personnes handicapées n'existent pas à cause de **barrières** créées par les personnes et leurs organisations. Dans la plupart des cas, ces barrières sont le résultat d'attitudes engendrées par la méconnaissance des causes et des conséquences de la déficience, de l'incapacité et du handicap.

Une déficience résultant de fractures osseuses incorrectement traitées peut entraîner une incapacité permanente, ce qui limitera souvent la continuation de l'activité professionnelle.

⁷ Department for International Development (DFID), *Handicap, pauvreté et développement*, février 2000.

⁸ Témoignage personnel d'un kinésithérapeute travaillant au Népal.

6. **L'incapacité** peut être le résultat inévitable d'une déficience sérieuse ou bien encore le résultat d'une absence de services nécessaires pour empêcher que la déficience ne devienne permanente. Tout comme dans le cas d'une déficience, l'incapacité peut aussi générer une pauvreté à long terme.

Les barrières peuvent créer des problèmes significatifs dans la vie des personnes handicapées. Par exemple, il arrive que des filles handicapées mentales soient poussées à la rue où elles deviennent les innocentes victimes d'abus physiques et sexuels.

7. Les personnes handicapées sont souvent exclues de la société et sont incapables de trouver le soutien dont elles auraient besoin à cause des **barrières** qui sont, encore une fois, le résultat des attitudes des personnes.

Il y avait une petite fille qui ne pouvait pas marcher et qui n'allait pas à l'école. Le programme communautaire identifia cela comme le besoin le plus important pour elle. Les agents communautaires firent en sorte de lui trouver un fauteuil roulant puis de convaincre l'instituteur local de l'accepter à l'école. Mais quand ils revinrent quelques semaines plus tard, la petite fille était morte. Ils comprirent que sa mort était la conséquence des barrières créées par l'incapacité et le genre qui eurent pour résultat une malnutrition chronique et une absence de soins médicaux lorsqu'elle est tombée gravement malade.

8. Les barrières ont souvent pour résultat **l'isolation et la marginalisation qui mènent à un décès précoce.**

Les attitudes négatives des personnes mènent à des situations où les personnes ayant une incapacité sont négligées, ce qui entraîne une peur accrue de l'incapacité et de ses conséquences. Cette peur accroît les attitudes négatives qui entraînent à leur tour les résultats négatifs des situations décrites par le cycle.

La pauvreté et les barrières sont les symptômes qui indiquent le handicap.

2.5. Quel en est le coût?

Le cycle négatif de la déficience, de l'incapacité et du handicap a un coût exorbitant, tout particulièrement en termes d'impact social.

Les estimations des coûts et des bénéfices associés avec les personnes "absentes" et l'impact de la déficience, de l'incapacité et du décès précoce devraient aussi être pris en compte dans ce calcul pour être complet.

En se basant sur les informations données dans le tableau suivant, il n'est guère possible, dans la situation présente, d'établir une estimation raisonnable du coût économique du handicap. Cependant, il peut être affirmé que :

- Le coût économique est très élevé vu le nombre de personnes handicapées.
- Les bénéfices, comme on peut le voir ci-dessous, pourraient bien dépasser les coûts ou du moins rééquilibrer considérablement la balance.

Eradiquer le handicap - Coûts et bénéfices

Coûts	Bénéfices
<ul style="list-style-type: none">▪ De la réduction des risques de déficience.▪ De l'assistance aux personnes ayant une déficience sur du court terme pour éviter une incapacité permanente.▪ De l'assistance aux personnes handicapées.▪ De l'élimination des barrières à l'assistance et à l'intégration.	<ul style="list-style-type: none">▪ Plus-value de la production augmentée par le travail des personnes handicapées.▪ Plus-value de la production augmentée par le travail des familles et des soignants.▪ Plus-value de la production augmentée par le travail des personnes dont la déficience n'est pas devenue permanente.▪ Bénéfices sociaux de l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées.▪ Bénéfices sociaux tirés de la prévention des décès précoces.▪ Bénéfices sociaux tirés de l'amélioration de la qualité de vie des membres de la famille des personnes handicapées.

3. Changer les comportements : La CAHD

3.1. Introduction

Reconnaître la permanence de la déficience et de l'incapacité

Comme il a été dit précédemment, la prévalence de l'incapacité augmente avec la croissance du développement et la baisse de la prévalence des situations de handicap qui en résulte.

Ce qui nous pousse à dire que les stratégies d'actions doivent porter tant sur l'éradication des situations de handicap que sur l'éradication de la déficience et de l'incapacité.

Cela ne signifie pas non plus que le travail fourni pour éradiquer les maladies qui sont la cause des déficiences et des incapacités doit être négligé. Ces efforts sont d'une importance considérable et doivent être poursuivis et si possible amplifiés. Cependant, ces efforts doivent être associés à une stratégie qui prévoit de changer les attitudes et les comportements des gens et des organisations afin de maximiser leur impact sur le handicap.

Lorsque le handicap sera éliminé, le cycle de la déficience et des incapacités sera toujours présent mais n'y figurera plus la pauvreté, les barrières et la mort précoce comme illustré dans le schéma ci-dessous.

Le moteur qui actionne ce cycle est l'attitude positive des gens.

1. Le cycle commence par le haut : les organisations sont des groupes de personnes formels ou informels qui travaillent ensemble à l'extérieur de la famille pour atteindre des objectifs spécifiques. Par exemple, les organisations fournissent la gouvernance, produisent des biens, proposent des services ou bien encore créent le changement social. Elles peuvent être formelles ou informelles, gouvernementales (OG) ou non-gouvernementales (ONG).
Les organisations et les personnes créent des situations qui influencent la vie de tous.

Un exemple d'organisation qui crée des situations économiques positives est "Jubilee 2000", un regroupement d'ONG qui ont travaillé ensemble à l'allègement de la dette des pays en voie de développement.

2. Après les organisations, en continuant la lecture dans le sens des aiguilles d'une montre, on trouve les **situations sociales, politiques, économiques et environnementales positives**.

L'allègement de la dette s'engage à fournir plus de financements pour les besoins les plus vitaux des pays en voie de développement. Pour que la dette soit annulée, les gouvernements doivent utiliser cet argent localement pour fournir une scolarisation de base, des soins médicaux et l'éradication de la pauvreté. Lorsque des mouvements comme "Jubilée 2000" seront plus répandus et que le monde sera devenu plus équitable, la pauvreté rentrera moins en jeu dans les situations de handicap et pourra même peut-être à terme disparaître.

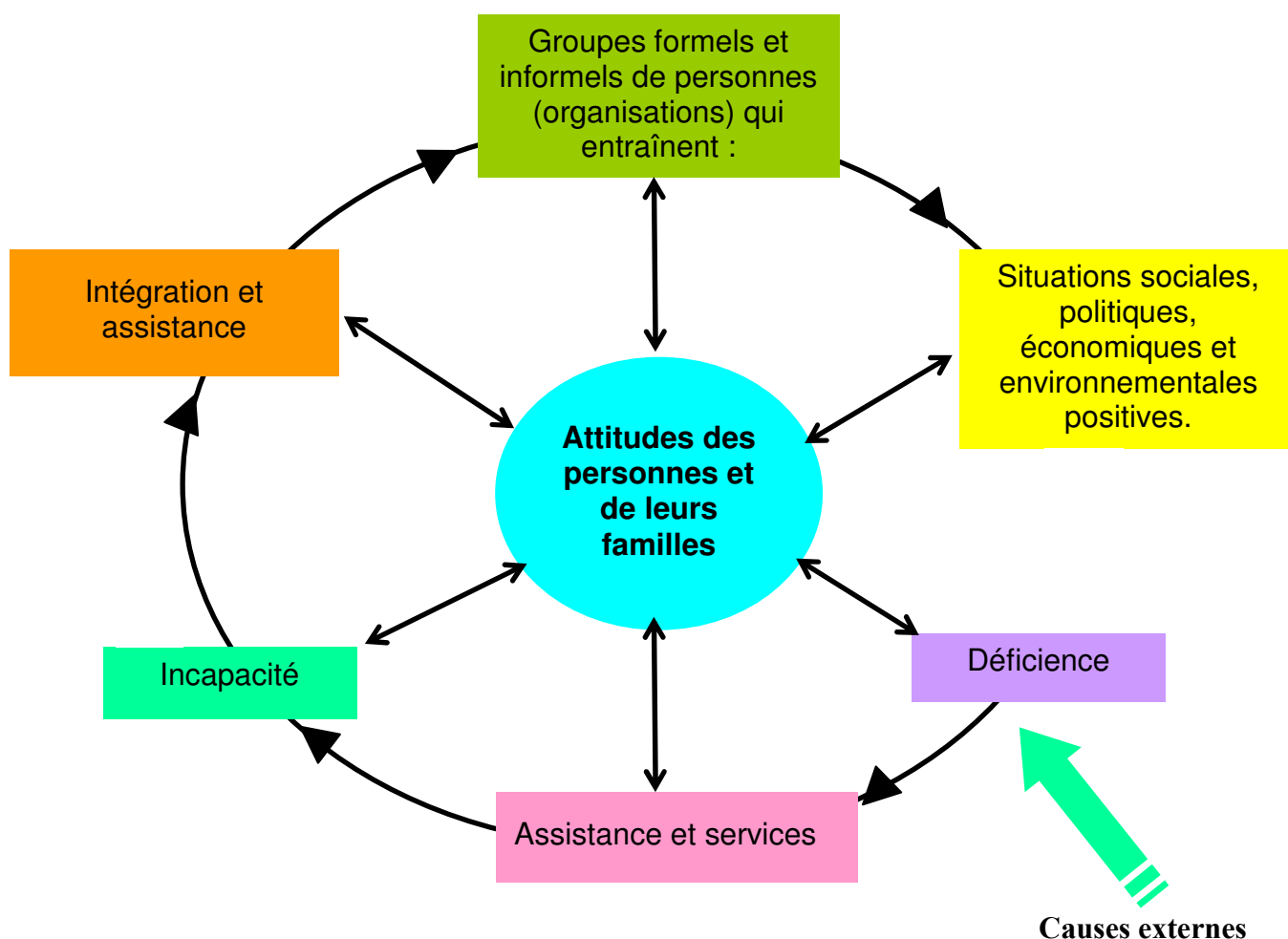
3. Quand la pauvreté sera en baisse, l'incapacité sera toujours présente et sera même accrue. Cependant, les causes principales des incapacités ne seront plus les maladies ou le manque de soins mais plutôt l'effet de la vieillesse, des accidents de la route...

1. Si les attitudes sont positives, les services seront plus facilement disponibles pour les personnes handicapées.
2. Cependant, l'incapacité sera toujours présente.
3. Dans une atmosphère positive, les personnes handicapées sont quand même intégrées et les services sont plus facilement disponibles. Les personnes ayant une incapacité peuvent vivre et mener une vie productive. Elles contribueront de façon significative au développement de leur famille et de leur pays.

Les attitudes positives des gens mènent à des situations où les personnes handicapées sont intégrées et reçoivent l'assistance nécessaire. La peur disparaît et les attitudes positives sont renforcées.

Les symptômes du handicap et le handicap lui-même disparaissent. Si tel est le cas un jour, le terme de "handicap" n'aura plus à être employé et disparaîtra du langage courant.

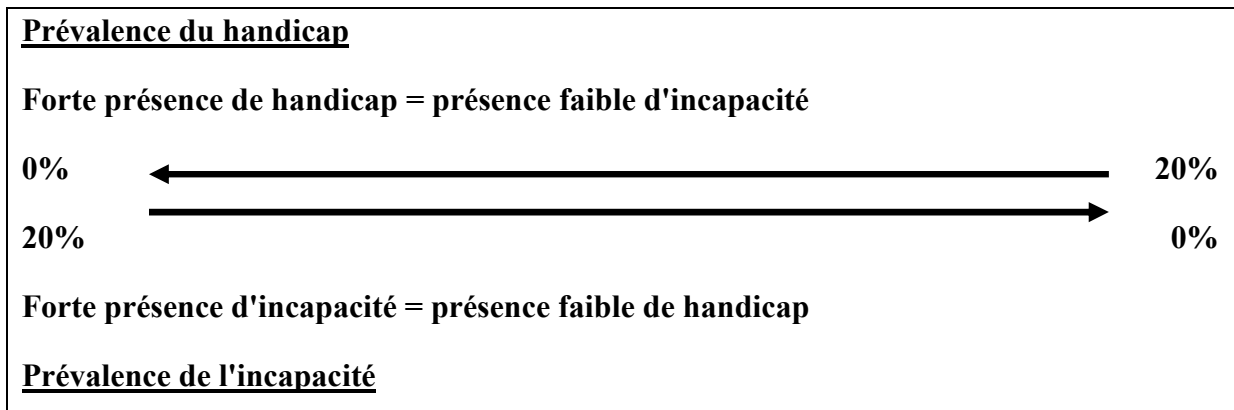
Cycle positif de la déficience, de l'incapacité et du handicap



Mesurer l'impact de la CAHD

Le rapport entre la diminution du handicap et l'augmentation de la présence de l'incapacité nous fournit une nouvelle méthode pour mesurer l'efficacité de la CAHD. Ce rapport peut être illustré par le schéma suivant :

Rapport entre incapacité et handicap



Historique de la CAHD : RBC et autres initiatives

Aujourd'hui, de nombreuses initiatives de développement ne font pas participer les personnes handicapées à leurs activités. Dans certains cas, ces organisations ont des politiques qui les excluent totalement. Dans d'autres cas, cette exclusion a lieu parce que les organisations ne connaissent ni ne comprennent l'impact de l'incapacité. D'autres organisations encore estiment souvent que l'incapacité n'est qu'un problème médical ou bien un problème qui doit être appréhendé uniquement par les associations d'aide aux personnes handicapées. Par exemple, certains comités consultatifs pensent que les personnes handicapées ne peuvent pas travailler, créant ainsi des politiques qui les excluent en les considérant comme personnes à risque pour les programmes de prêts. Ces dernières années, la situation commence à changer et les organisations de développement cherchent maintenant des solutions pour intégrer les personnes handicapées. Par exemple, le DFID⁹ a récemment mis en œuvre de nouvelles politiques qui intègrent les personnes handicapées, tout comme l'ont fait plusieurs organisations des Nations Unies¹⁰.

Dans les pays en voie de développement, les services de réadaptation restent rares. Des études récentes montrent que seulement 2% des personnes handicapées ont accès à ces services. L'incidence de l'absence de services de réadaptation devient encore plus critique lorsque sont inclus les besoins des autres personnes qui ont une déficience à traiter sur du court terme, pour éviter une incapacité permanente.

L'un des efforts majeurs pour fournir des services aux personnes handicapées a été la création de programmes de réadaptation à base communautaire (RBC). Toutefois, comme certains l'ont montré¹¹, la RBC et la façon dont elle est mise en œuvre ont besoin d'évoluer pour répondre aux besoins actuels des personnes handicapées et de leurs familles. Cela est en train

⁹ Department for International Development (DFID), *Handicap, pauvreté et développement*, février 2000

¹⁰ ESCAP, Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, *Mid-point Regional Perspectives on Multi-sectoral Collaboration and National Coordination*, ONU, 1999.

¹¹ Maya Thomas et M.J. Thomas, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, Selected Readings in Community Based Rehabilitation, Series 1: CBR in transition*, Janvier 2000.

de se faire : certains programmes de RBC ont déjà évolué vers des programmes proches de la CAHD.

La RBC est à l'origine de la CAHD. Toutes deux partagent les mêmes principes et les mêmes concepts mis en application depuis vingt ans que la RBC existe. En fait, la CAHD est une autre façon de mettre en œuvre la RBC. En plus des programmes de RBC, il existe de nombreux autres exemples d'activités dans le domaine du handicap qui peuvent être mises en place :

1. L'OMS et beaucoup d'autres organisations, gouvernementales et non-gouvernementales, sont à l'origine de nombreuses activités dans le domaine médical ayant pour but de réduire les risques de déficience : programmes de vaccination généralisée, programmes d'information sur la nutrition, développement de services de soins médicaux plus performants.
2. Il existe depuis un certain temps de nombreuses actions de sensibilisation menées par différentes organisations pour faire prendre conscience de l'urgence du problème. Deux exemples d'actions de sensibilisation :
 - « Les règles standards¹² » et la campagne pour les faire connaître et ratifier par tous les états.
 - La « Décennie des Personnes Handicapées pour l'Asie et le Pacifique (ESCAP) » et les activités des nombreuses ONG associées qui profitent de cette action pour développer leur sensibilisation sur le handicap.
3. Les ONG et les gouvernements ont commencé à offrir des possibilités d'éducation pour les personnes handicapées.
4. Les organisations ont tout mis en œuvre pour donner la possibilité de travailler aux personnes handicapées dans plusieurs secteurs. A titre d'exemple, de nombreux programmes RBC incluent à présent des actions de formation professionnelle pour personnes handicapées.
5. De nombreux efforts ont été faits, en particulier par ESCAP, pour apporter une réponse coordonnée à l'assistance de personnes handicapées dans cette région.

Le facteur le plus négatif dans toutes ces initiatives est le manque de coopération entre elles. Malgré un appel à une approche multi-sectorielle de la RBC¹³ et au développement d'instances de coordination nationales¹⁴, peu de progrès ont été faits en matière de coordination.

C'est la raison pour laquelle le développement de la coordination et de la coopération sont des actions majeures des programmes de CAHD.

¹² « Les règles standards », document des Nations Unies, 1993.

¹³ *Comprendre la RBC*, document des Nations Unies, traduit en français par HI.

¹⁴ *Asia and Pacific Decade of Disabled Persons 1992-2003 : Agenda for Action*, document des Nations Unies.

CAHD et service de soins de santé primaire (SSP)

Le concept de service de soins de santé primaire (SSP) et la CAHD sont étroitement liés. Lorsque les SSP furent développés au début des années 1980, leur objectif était d'améliorer la santé et les conditions de vie des habitants des pays en voie de développement. A l'époque, les services concernant les personnes handicapées devaient y être inclus. Pourtant, malgré les actions de RBC développées par l'OMS pour prendre en compte des problématiques liées au handicap dans les SSP, cette intégration n'a jamais eu lieu.

Dans les années 1990, les SSP commencèrent peu à peu à être abandonnés lorsque les résultats ne furent plus à la hauteur des attentes. La RBC est en train aujourd'hui de prendre le même chemin. La diminution du soutien aux SSP peut être expliqué par les raisons suivantes :

1. On a trop cru que les membres de la communauté seraient volontaires pour donner gratuitement de leur temps et de leur ressources. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les intervenants volontaires dans le secteur médical.
2. Dans certains pays, les SSP ont été perçus comme une menace pour les intérêts personnels de groupes politiques et de professionnels à cause du changement social qu'ils auraient engendré. Dans un cas, aux Philippines, lorsque la création du changement a été déconnectée de l'arène politique et que les actions ont été menées par des ONG religieuses, les SSP ont obtenu de bons résultats.
3. Bon nombre de projets de SSP ont été menés sans aucun lien avec les autres actions de développement.
4. La plupart des actions de SSP ont été mises en place sans les politiques appropriées, sans intégration ni engagement réel, sans formation adéquate, sans soutien ni suivi ni financement. Et pour terminer, sans pilotage ni recherche ni évaluation.

Ces expériences dans l'évolution du SSP ont contribué à l'élaboration du concept de CAHD.

La CAHD en tant que concept

La CAHD telle qu'elle est décrite dans ce document comprend deux parties bien distinctes. La première partie (chapitre 3) est le concept de CAHD, proche de celui de la RBC. Ce concept a été élaboré à partir d'expériences de terrain dans le domaine. Le concept de CAHD inclut des principes et des idées de base qui seront utilisés pour l'élaboration d'un modèle.

La deuxième partie (chapitre 4) décrit les différentes stratégies de mise en œuvre des principes et des idées du concept. Ce processus élaborera un modèle de CAHD valable et pertinent dans le contexte dans lequel il sera amené à opérer.

Les modèles de CAHD sont basés sur des stratégies qui varient selon le contexte où les actions doivent être mises en œuvre. Ces modèles seront différents selon les pays et pourront varier à l'intérieur même des pays. Les principaux facteurs impliquant ces variantes sont la culture, la situation économique, géographique et politique et le niveau de développement.

3.2. Les principes de la CAHD

Introduction

La mise en œuvre de la CAHD commence avec l'idée que la déficience, l'incapacité, et le handicap sont des sujets de développement qui seront abordés de la meilleure façon en les intégrant dans toutes les activités de développement de manière transversale.

La mise en œuvre efficace des activités de manière efficiente nécessite l'utilisation des ressources et des organisations existantes chaque fois que cela est possible.

L'objectif

L'objectif principal de la CAHD est de mettre en place des activités viables, efficaces et efficientes qui réduiront l'impact du cycle négatif de la déficience, de l'incapacité et du handicap. L'objectif est aussi d'éliminer le handicap et de transformer le cycle négatif en cycle positif.

Pour atteindre ces objectifs, les programmes de CAHD doivent mettre en place de façon efficace et effective des actions qui :

1. Changeront les attitudes des personnes et des organisations afin de permettre un partage plus équitable des ressources par tout le monde et en particulier par les personnes handicapées, que ce soit au niveau local, régional, national ou international.
2. Changeront l'environnement social et les attitudes des personnes et des organisations afin de faire tomber les barrières créées par l'exclusion des personnes handicapées et qui empêchent toute prise en considération de celles-ci.
3. Réduiront l'impact de la déficience et de l'incapacité sur les personnes et leurs familles par la prévention des déficiences et la mise à disposition de services adéquats.

Déficience, incapacité et handicap comme sujets de développement

La déficience, l'incapacité et le handicap sont des sujets de développement à cause de leur rapport étroit avec la pauvreté.

1. La pauvreté est une cause majeure de déficience et d'incapacité.
2. La pauvreté est la principale raison pour laquelle il y a peu de services et peu d'assistance pour les personnes qui ont une déficience ou une incapacité.
3. La déficience, l'incapacité et le handicap créent de la pauvreté.

La politique de développement est essentiellement orientée vers l'éradication de la pauvreté et une grande part des actions de développement visent à changer les attitudes et les pratiques des personnes. Comme on le verra plus loin, ces stratégies de développement sont les mêmes que les stratégies de la CAHD.

De plus, bon nombre d'organisations de développement se concentrent sur les aspects généraux de la pauvreté et cherchent à changer les attitudes des personnes et des organisations qui créent la pauvreté. "Jubilee 2000" en est un exemple. Il s'agit d'un réseau d'organisations et de personnes physiques qui ont œuvré à l'annulation de la dette pour certains pays les plus pauvres.

Même si les problèmes de déficience, d'incapacité, et de handicap sont des sujets de développement et en tant que tels doivent faire partie de tous les programmes de développement, il existe des différences d'orientation entre les programmes de développement communautaire et la CAHD.

1. La population cible de la CAHD est différente de la population cible des programmes de développement communautaire qui s'adressent habituellement à des publics spécifiques : habitants des bidonvilles, femmes, populations rurales sans terres, groupes tribaux, réfugiés, etc. La CAHD, quant à elle, s'adresse :
 - à tous les groupes et aux personnes handicapées qui font partie de chacun d'entre eux.
 - Aux groupes qui ne sont pas habituellement concernés par les programmes de développement : propriétaires, classes sociales moyennes et supérieures.
2. Une autre différence caractérise ces deux types de programmes : la CAHD inclut dans ses actions l'apport de services.

Ce sont ces différences et l'impact de la déficience, de l'incapacité et du handicap sur chaque individu qui en font des sujets transversaux qui doivent être pris en compte dans tous les programmes de développement.

Viabilité

La viabilité est également un des objectifs de la CAHD, mais on doit reconnaître qu'elle ne pourra être atteinte que lorsque les attitudes auront changé et que les gouvernements seront prêts à trouver des solutions pour répartir les coûts dans certains domaines.

Dans le cadre de la CAHD, la recherche de la viabilité comme objectif à long terme a été poursuivie de manière différente dans les trois domaines suivants :

1. Les organisations qui créent le changement.
2. Les attitudes et les pratiques des individus et des organisations modifiées.
3. Les services qui fournissent l'assistance nécessaire aux personnes ayant une déficience ou une incapacité.

La viabilité dans chacun de ces trois domaines et en particulier dans le domaine de l'assistance sera difficile à obtenir tant qu'existeront sous-développement et pauvreté. Cela signifie qu'un engagement extérieur sera encore nécessaire pendant longtemps pour rendre tangible l'équité dans le partage des ressources.

Chacun des trois domaines ci-dessus nécessite une stratégie d'autonomie différente.

1. Les organisations qui créent le changement nécessitent des stratégies de viabilité à court terme car une fois leur mission accomplie, elles devront soit se transformer soit disparaître; les changements sociaux ayant été acceptés dans les coutumes et la culture locale.

2. Une fois que les attitudes et les pratiques des individus et des organisations auront changé et seront devenues des normes sociales, la viabilité aura été atteinte. Toutefois, le suivi à plus long terme, ainsi que la recherche et l'évaluation à la fois des normes et des modes opératoires devraient être maintenus pour s'assurer de la pérennité des changements.
3. La prestation de services, que ce soit les services de réadaptation de base (à domicile ou dans les communautés), les services de référence spécialisés ou les services de transport, seront toujours nécessaires. Proposer de tels services nécessite un financement permanent dont la source peut être l'utilisateur lui-même et/ou différentes aides sociales.

Atteindre ces différents niveaux de viabilité doit être un objectif à long terme de la CAHD. Objectif qui doit être fixé dès le début des projets.

Assurer la viabilité des activités dont le but est d'obtenir des changements dans les trois domaines ci-dessus, nécessite un suivi, une recherche et une évaluation efficace et à long terme.

La principale stratégie de viabilité est de développer les capacités des organisations locales, à la fois gouvernementales et non-gouvernementales.

Efficacité et efficacité

La notion d'efficacité renvoie aux objectifs atteints.

La notion d'efficience mesure la façon dont les ressources (humaines, matérielles et financières) sont utilisées dans la réalisation de l'objectif fixé.

Les objectifs d'efficacité et d'efficience seront mieux atteints si :

1. On utilise les organisations existantes qui ont déjà acquis la confiance du public pour mettre en place de nouvelles actions.
2. On développe une stratégie et un plan d'action globaux avant de commencer à mettre en place des actions.
3. On met en place un suivi, une recherche, une évaluation appropriés ainsi que des conditions favorables pour amener un changement en même temps que sont entreprises les actions.
4. On forme le personnel avant que les actions ne soient mises en place.

3.3. Créer le changement

Comme il a été dit précédemment, l'objectif de la CAHD est de créer des changements chez les personnes et leurs organisations pour réduire les situations de handicap.

La CAHD entend changer les attitudes des personnes et des organisations. Changer les attitudes signifie faire évoluer la connaissance, les attitudes et aussi les pratiques du public face au handicap.

1. **Les connaissances** : Changer les attitudes nécessite la création de connaissances par la transmission d'information et la création d'expérience. Dans la CAHD, l'information du public est appelée communication sociale et l'expérience peut être acquise en participant à des actions d'intégration.

2. **Les attitudes** : Une fois que l'information est assimilée et combinée avec des expériences, il en résulte des attitudes ou des idées sur certaines questions. Par exemple, lorsque l'on ne sait rien des incapacités et que l'on a peur de ses conséquences, on a des attitudes négatives envers toutes les personnes handicapées.
3. **Les pratiques** : L'objectif de la CAHD est de changer les pratiques en changeant les attitudes. Lorsque les attitudes envers les personnes qui ont une incapacité sont négatives, il s'ensuit une absence de services d'assistance et l'exclusion des personnes de toute vie sociale. C'est précisément ce que l'on appelle la situation de handicap. Si les attitudes sont positives, les pratiques se traduisent par des services d'assistance aux personnes handicapées. Ces personnes peuvent aussi participer à la vie sociale.

Changer les attitudes des personnes

Les personnes créent des barrières qui amènent à un manque de services d'assistance pour les personnes ayant une déficience et à l'exclusion des personnes handicapées.

1. Les services ne sont pas fournis à cause des barrages engendrés par le manque d'information sur les causes et les conséquences de la déficience, de l'incapacité et du handicap.
2. Les barrages génèrent déficience, incapacité et handicap.
3. Les barrages causent des décès précoces.
4. Les personnes, leurs familles et les organisations qu'elles ont créées sont les causes majeures de ces barrages.

Les personnes changeront leurs attitudes et leurs pratiques quand elles auront compris que c'est à leur avantage. Les personnes changeront leur vision du handicap quand :

1. Elles partageront des expériences positives avec des personnes handicapées.
2. Elles auront une meilleure connaissance de ce que sont la déficience, l'incapacité et le handicap.
3. Elles reconnaîtront que la société ne peut plus accepter les attitudes négatives qui génèrent le handicap.

Les expériences positives consistent à faire participer les personnes handicapées à des activités au sein de la famille ou de la communauté.

Le changement est plus facile et plus rapide lorsque le partage d'expériences, l'information du public, et les changements sociétaux ont lieu en même temps.

Changer les attitudes nécessite du temps. Plus il y aura d'interaction entre les différents secteurs, plus le changement sera rapide. Ce type de changement nécessite non seulement beaucoup de temps mais aussi un engagement à long terme pour qu'il soit vraiment complet et devenu durable dans un contexte socioculturel donné.

Changer les attitudes des organisations

Les organisations sont les instances qui oeuvrent à l'extérieur du cercle familial pour fournir gouvernance, biens, services, et pour créer le changement social. Elles peuvent être formelles ou informelles, gouvernementales ou non-gouvernementales.

Les attitudes des organisations changeront lorsque :

- Les personnes qu'elles emploient changeront leurs attitudes.
- Les règles sociales et la législation dont elles dépendent changeront.
- Les organisations auront révisées leurs politiques
- Leur manière de fonctionner changera.
- Elles emploieront des personnes handicapées.

Changer le cycle négatif de la déficience, de l'incapacité et du handicap

L'élimination du handicap et la transformation du cycle négatif de la déficience et de l'incapacité en cycle positif nécessitent des interventions qui apporteront les changements suivants :

1. Un partage équitable des ressources, tant au niveau local qu'au niveau régional, national et international.
2. L'élimination des barrages qui font que peu ou pas d'assistance est apportée aux personnes ayant une déficience et une incapacité.
3. La réduction de l'impact de la déficience et de l'incapacité sur les personnes et leurs familles en leur fournissant les services adéquats.

Les changements sociaux qui seront le résultat de nouvelles attitudes inciteront des changements chez d'autres personnes et d'autres organisations.

3.4. Domaines et secteurs

Les chapitres suivants décrivent les domaines et les secteurs dans lesquels des actions doivent être mises en œuvre afin de créer les changements nécessaires pour réduire au maximum l'impact du handicap dans les pays en voie de développement.

Les domaines

Changer les attitudes des personnes et des organisations nécessite de mettre en œuvre des actions simultanées dans quatre domaines.

1. COMMUNICATION SOCIALE : Informer les personnes et les organisations sur :
 - Les causes de la déficience, de l'incapacité et du handicap.
 - Le rôle de la famille et des organisations dans la diminution des situations de handicap.
 - Les activités de prévention de la déficience, de l'incapacité et du handicap.

- Les pratiques de réadaptation qui réduiront au maximum l'impact de la déficience et augmenteront le développement personnel de la personne handicapée.
2. INTEGRATION ET DROITS : En donnant aux personnes handicapées l'opportunité d'exercer leurs droits civiques et de prendre part à toutes les activités au sein de leur famille et de leur communauté on permet :
- Aux personnes handicapées d'améliorer leur qualité de vie.
 - Aux personnes et aux organisations de partager des expériences positives avec des personnes handicapées, ce qui changera leurs attitudes par la suite.
 - Aux organisations d'intégrer les personnes handicapées dans leurs programmes déjà existant afin de leur donner un accès équitable à l'éducation, à l'activité économique et aux services de santé.
 - Aux personnes handicapées de faire valoir leurs droits à jouer un rôle actif dans les activités sociales et économiques de leur famille et de leur communauté.
 - Aux organisations nationales de promouvoir une législation et une politique de reconnaissance des droits des personnes handicapées.
3. READAPTATION : Il s'agit d'apporter les services nécessaires aux personnes handicapées et aux personnes ayant une incapacité temporaire pour réduire au maximum leurs incapacités et pour accroître leur développement personnel avec des :
- Services de réadaptation de base au sein de la communauté (incluant l'assistance personnelle).
 - Services de réadaptation spécialisés de référence et services de transport vers ceux-ci qui répondent aux besoins spécifiques des personnes handicapées.
 - Collaboration entre services de réadaptation de base et services spécialisés de référence.
4. MANAGEMENT : Fonction d'organisation nécessaire pour s'assurer que les trois actions précédentes sont mises en place simultanément et qu'elles sont efficaces et effectives. Il s'agira de :
- Développer un système de suivi, de recherche et d'évaluation.
 - Fournir un appui structurel aux organisations.
 - Inclure les personnes handicapées, leur famille et la communauté dans les processus de conception, de suivi, de recherche et d'évaluation pour assurer la crédibilité du système CAHD.
 - Développer et faire fonctionner les réseaux.
 - Capitaliser sur le développement et l'évaluation de l'impact du CAHD.
 - Utiliser les informations apportées par le suivi, la recherche, l'évaluation et la capitalisation pour faciliter les changements au sein du système CAHD.

Les secteurs

L'efficacité du projet ne sera possible qu'avec des activités dans le domaine du handicap menées dans trois secteurs :

1. LE SECTEUR PRIMAIRE : Il s'agit du noyau familial au sein duquel les personnes passent la majeure partie de leur vie.
2. LE SECTEUR SECONDAIRE : C'est le cercle dans lequel des personnes en tant que membres d'une organisation, apportent gouvernance, biens et services et créent des changements dans le secteur primaire.
3. LE SECTEUR TERTIAIRE : C'est le cercle dans lequel les personnes en tant que membres d'une organisation, apportent une gouvernance indirecte, produisent des marchandises, fournissent des services indirects et créent des changements sociaux dans le premier secteur.

3.5. Mise en œuvre

Le concept de CAHD consiste à mettre en œuvre des actions dans chacun des quatre domaines et des trois secteurs. Ces actions permettront d'atteindre des objectifs spécifiques dans chacune des cases du tableau suivant :

DOMAINES	SECTEURS		
	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Communication sociale			
Intégration et droits			
Réadaptation			
Management			

Le tableau ci-dessous montre les objectifs, les résultats attendus et les activités à mettre en œuvre pour réaliser le projet global de la CAHD tel qu'il est décrit dans le chapitre 3.2 ci-dessus.

Les objectifs et les résultats attendus décrits dans le paragraphe 3.5.2 définissent ce qui doit être atteint sur du long terme dans un programme de CAHD. Il est important de réaliser que ces objectifs et ces réalisations ne peuvent pas concerner une seule organisation, et qu'ils ne peuvent pas être atteints tous en même temps. Il est cependant souhaitable que ces objectifs soient atteints progressivement et par un ensemble d'organisations travaillant ensemble dans un réseau bien établi et structuré.

Les activités décrites dans le chapitre 3.5.2 ne sont qu'indicatives. Leur nature exacte ainsi que leur nombre peut varier selon ce qui a déjà été fait par les organisations à l'origine de la CAHD et selon les compétences des partenaires du réseau.

3.5.2. Objectifs, résultats attendus et réalisations dans le domaine de la communication sociale

Domaines	Objectifs, résultats attendus et activités		
	Secteur primaire	Secteur secondaire	Secteur tertiaire
Communication sociale	<p>Objectif : Informer les familles afin de réduire les situations de handicap.</p> <p>Résultats attendus : Les familles sont informées sur les causes et sur la prévention et la réduction des déficiences, des incapacités, et des situations de handicap.</p> <p>Activités : Les organisations du secteur secondaire utiliseront les outils de communication sociale pour apporter aux personnes handicapées et aux familles les informations nécessaires sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les causes, la prévention et la réduction des déficiences, des incapacités et des situations de handicap. 2. L'identification précoce des déficiences et la capacité d'intervenir très rapidement. 3. La disponibilité des structures de réadaptation existantes et leurs fonctions. 	<p>Objectif : Transmettre des connaissances dans les familles et dans les organisations.</p> <p>Résultats attendus : Les organisations du secteur secondaire auront la possibilité de transmettre l'information aux familles dans le secteur primaire et aux organisations du secteur secondaire.</p> <p>Activités : Les organisations du secteur secondaire transmettront l'information adéquate à toutes les personnes concernées dans le secteur primaire.</p> <p>Les organisations du secteur secondaire transmettront l'information adéquate à toutes les autres organisations de secteur secondaire.</p>	<p>Objectif : Formation en matière de transmission de connaissances.</p> <p>Résultats attendus : Les organisations de secteur tertiaire auront des capacités pour développer des techniques de communication sociale et les diffuseront dans des formations appropriées à l'intention des secteurs secondaire et tertiaire.</p> <p>Toutes les campagnes nationales de sensibilisation incluront de l'information dans le domaine du handicap.</p> <p>Activités : Les organisations de secteur tertiaire mettront en place et/ou développeront des techniques de communication sociale et des stages de formation.</p> <p>Les organisations de secteur tertiaire choisiront les organisations du secteur secondaire adéquates et formeront leur personnel à la communication sociale.</p> <p>Les organisations de secteur tertiaire transmettront des informations en matière de communication sociale à toutes les autres organisations de secteur tertiaire.</p>

3.5.3. Objectifs, résultats attendus et réalisations dans le domaine de l'intégration et des droits

Domaines	Objectifs, résultats attendus et activités		
	Secteur primaire	Secteur secondaire	Secteur tertiaire
Intégration et droits	<p>Objectif : Donner l'opportunité aux personnes handicapées de participer à l'ensemble des activités de leur famille et de leur communauté.</p> <p>Résultats attendus : Les personnes handicapées auront accès à l'ensemble des activités comme les autres membres de la communauté.</p> <p>Les membres de la communauté n'ayant pas dans leur famille une personne handicapée auront des attitudes positives face aux personnes handicapées parce qu'ils auront des contacts réguliers avec les personnes handicapées qui participent régulièrement aux diverses activités familiales ou communautaires.</p> <p>Les personnes handicapées prennent conscience de leur droits en tant que citoyens.</p> <p>Activités : Intégrer les personnes handicapées à l'ensemble des activités familiales et communautaires, en particulier celles qui permettront leur pleine participation en tant que citoyens.</p> <p>Intégrer les droits des personnes handicapées et les personnes handicapées dans toutes les campagnes de sensibilisation sur les droits.</p>	<p>Objectif : Intégration et acceptation des personnes handicapées dans toutes les activités des organisations.</p> <p>Résultats attendus : Toutes les personnes ayant une déficience temporaire ou définitive a accès à toutes les organisations et services du secteur secondaire.</p> <p>Toutes les organisations du secteur secondaire intégreront dans leur personnel des personnes handicapées.</p> <p>Activités : Former les équipes des organisations prestataires de services aux notions de handicap et d'intégration.</p> <p>Soutenir les personnes handicapées pour qu'elles puissent s'intégrer dans les activités habituelles.</p> <p>Intégrer les personnes handicapées dans tous les services habituels du secteur secondaire (soins de santé, éducation, activités génératrices de revenu, etc.).</p> <p>Soutenir les personnes handicapées dans la revendication de leurs droits.</p>	<p>Objectif : Développer des capacités permettant l'intégration des personnes handicapées dans tous les secteurs.</p> <p>Résultats attendus : Modification de la législation, adoption de réglementations et de politiques facilitant l'intégration des personnes handicapées.</p> <p>Activités : Former les équipes du secteur primaire et secondaire pour qu'elles facilitent l'intégration des personnes handicapées.</p> <p>Militer pour une législation favorable à l'intégration.</p> <p>Former les managers des organisations du secteur secondaire et tertiaire à la mise en place de politique facilitant l'intégration.</p>

3.5.4. Objectifs, résultats attendus et réalisations dans le domaine de la réadaptation

Domaines	Objectifs, résultats attendus et activités		
	Secteur primaire	Secteur secondaire	Secteur tertiaire
Réadaptation	<p>Objectif : Fournir des services de réadaptation aux personnes ayant une incapacité (fixe ou provisoire).</p> <p>Résultats attendus : Toutes ces personnes ayant une incapacité fixe ou provisoire auront accès aux services de réadaptation et de transports ainsi qu'aux services d'assistance personnelle.</p> <p>Les familles et les communautés apportent une assistance de base aux personnes handicapées et leur permettent d'accéder aux services dans la limite des possibilités actuelles.</p> <p>Activités : Fournir des services de réadaptation primaire à domicile et/ou au sein de la communauté.</p> <p>Développer des réseaux entre les familles et à l'intérieur des familles pour assister les personnes handicapées quand c'est nécessaire.</p> <p>Faire bénéficier les familles d'une formation de base sur l'assistance aux personnes handicapées.</p>	<p>Objectif : Fournir des services de réadaptation primaire, référer aux services spécialisés en assurant des services de transport à toute personne ayant une incapacité fixe ou provisoire.</p> <p>Résultats attendus : Des services de réadaptation complets et accessibles financièrement et géographiquement (proches de la communauté ou accessibles avec un service de transports) pour les personnes ayant une incapacité fixe ou provisoire.</p> <p>Activités : Donner une formation adaptée aux agents de réadaptation communautaire.</p> <p>Développer les capacités d'accueil des services de réadaptation.</p> <p>Donner une assistance aux personnes handicapées et à leurs familles lorsque c'est nécessaire.</p>	<p>Objectif : développer les moyens des services de réadaptation et de transport dans tous les secteurs.</p> <p>Résultats attendus : Une politique et un budget pour des dispositifs de réadaptation adéquat.</p> <p>Une formation à la CAHD standardisée et reconnue pour le personnel médical et de la réadaptation: des agents communautaires aux personnels spécialisés.</p> <p>Des services spécialisés accessibles financièrement et géographiquement avec des services de transport dans tous les secteurs du niveau tertiaire.</p> <p>Activités : promouvoir le développement des services de réadaptation essentiels.</p> <p>Apporter des ressources financières et techniques pour le développement de la formation et des services dans le domaine de la réadaptation.</p> <p>Développer la formation standardisée et reconnue pour les agents communautaires.</p>

3.5.5. Objectifs, résultats attendus et réalisations dans le domaine du management

Domaines	Objectifs, résultats attendus et activités		
	Secteur primaire	Secteur secondaire	Secteur tertiaire
Management	<p>Objectif : création d'opportunités pour la communauté de participer à la conception, au suivi, à la recherche, à l'évaluation et au management des activités CAHD.</p> <p>Résultats attendus : Tous les aspects de la CAHD doivent être orientés vers les bénéficiaires et doivent répondre aux besoins de la communauté.</p> <p>Activités : Faire prendre part à la conception, au suivi, à la recherche et à l'évaluation des activités CAHD à travers des activités de groupes.</p>	<p>Objectif : développement des moyens de management, de coordination, de suivi, de recherche et d'évaluation pour s'assurer que les besoins de la communauté sont pris en compte efficacement dans les secteurs primaires et secondaires.</p> <p>Résultats attendus : Programmes de CAHD complets, adéquats, efficaces et efficaces dans les secteurs primaires et secondaires.</p> <p>Participation des bénéficiaires à la conception, au suivi, à la recherche et à l'évaluation de toutes les actions de CAHD dans les secteurs primaires et secondaires.</p> <p>Activités : Développer des systèmes adaptés de management, de coordination, de suivi, de recherche et d'évaluation dans les secteurs primaires et secondaires.</p> <p>Mettre en place des réseaux d'organisations du secteur secondaire pour développer et partager l'information et les ressources.</p> <p>Promouvoir la mise en place de la CAHD dans les secteurs primaires et secondaires.</p>	<p>Objectif : développement des moyens de management, de coordination, de suivi, de recherche et d'évaluation pour s'assurer que l'on répond bien aux besoins de la communauté dans tous les secteurs.</p> <p>Résultats attendus : Programmes de CAHD complets, adéquats, efficaces et viables dans tous les secteurs.</p> <p>Participation des bénéficiaires à la conception, au suivi, à la recherche et à l'évaluation de toutes les actions de CAHD dans tous les secteurs.</p> <p>Développer et mettre en œuvre une législation et une politique du handicap dans tous les secteurs.</p> <p>Activités : Développer des systèmes compétents de management, de coordination, de suivi, de recherche et d'évaluation dans le secteur tertiaire.</p> <p>Développer des réseaux d'organisations du secteur tertiaire pour accroître et partager l'information et les ressources.</p> <p>Promouvoir la mise en place complète de la CAHD.</p>

4. Stratégies de mise en œuvre de la CAHD

4.1. Introduction

Ce chapitre traite des différentes stratégies de mise en œuvre de la CAHD selon le contexte local.

4.2. Mise en œuvre de la CAHD à travers des actions de développement

La déficience, l'incapacité et le handicap sont des problèmes qui concernent le développement, si bien que la stratégie la plus appropriée pour mettre en œuvre des actions qui réduiront leur impact est de faire appel aux organisations et aux actions de développement déjà existantes.

Le tableau ci-dessous montre comment les actions de développement peuvent être des moyens efficaces de générer des attitudes positives face à la déficience, à l'incapacité et au handicap. Il donne également plusieurs exemples d'intégration de personnes handicapées dans des activités de développement.

Secteur du développement	Activités courantes du secteur	Activités à réaliser dans le domaine du handicap
Droits humains	<ul style="list-style-type: none">Promouvoir l'égalité des genres.	<ul style="list-style-type: none">Inviter une femme handicapée à s'exprimer sur les droits de la femme lors d'un événement à l'occasion de la Journée Internationale de la Femme.
Santé	<ul style="list-style-type: none">Centres de soins pour nourrissons et centres de planning familial.	<ul style="list-style-type: none">Dépistage précoce de l'incapacité lors des campagnes de vaccination.Fournir des services de réadaptation primaire aux heures d'ouverture des centres.
Education	<ul style="list-style-type: none">Education primaire non formelle.	<ul style="list-style-type: none">Intégrer les enfants handicapés.
Economie	<ul style="list-style-type: none">Formation pour la mise en place d'activités génératrices de revenus.	<ul style="list-style-type: none">Intégrer les personnes handicapées et leurs familles dans des projets générateurs de revenus.
Infrastructures	<ul style="list-style-type: none">Construction de cliniques en zone rurale	<ul style="list-style-type: none">Inclure dans les plans des rampes d'accès.
Suivi, recherche et développement	<ul style="list-style-type: none">"Community Participatory Rapid Appraisal" (PRA) (Méthode d'évaluation participative).	<ul style="list-style-type: none">Intégrer les personnes handicapées et les questions concernant leurs besoins dans les réunions communautaires.
Management	<ul style="list-style-type: none">Suivi.Recherche.	<ul style="list-style-type: none">Intégrer les données relatives au handicap dans les activités de suivi.Intégrer les questions sur le handicap dans la recherche.

4.3. Les réseaux en CAHD

La CAHD est une démarche interactive qui fait intervenir des partenaires dans tous les secteurs. C'est une démarche complexe, qui nécessite la participation de nombreuses personnes qu'elles soient handicapées ou non, ainsi que différentes organisations gouvernementales et non gouvernementales (y compris des associations de personnes handicapées).

La palette des compétences requises est très large : toutes compétences allant des techniques de participation communautaire (formation au développement) aux techniques pour militer pour le changement avec les dirigeants politiques nationaux.

La meilleure façon d'établir une interaction efficace entre les personnes et les organisations et d'obtenir la palette des compétences nécessaires avec les apports de personnes et d'organisations diverses est d'établir des réseaux au sein des secteurs et entre les secteurs.

Avoir recours à des réseaux formels et informels pour assurer le développement et la continuité de la CAHD est à la fois efficace et efficient.

Mettre en place des réseaux qui obtiendront réellement des résultats est une activité complexe. C'est pourquoi il est recommandé de faire appel aux réseaux déjà existant partout où c'est possible et de faire en sorte que chaque réseau ait un domaine d'intervention bien précis et que chaque membre puisse en tirer profit.

Les réseaux devraient également être utilisés pour développer des partenariats dans le domaine de la recherche afin de compléter les procédures de suivi et d'évaluation.

Le développement et le maintien de réseaux viables est une des stratégies clés utilisées pour la mise en place de la CAHD. Les stratégies de développement des réseaux sont décrites dans la "boîte à outils" CAHD pour chacun des domaines clés suivants :

1. Réseau interne à la famille

Le rôle principal du réseau interne à la famille est de mettre en place une aide coordonnée pour le membre de la famille qui a une incapacité fixe ou provisoire. Le réseau permettra aussi de resserrer les liens entre les différents membres de la famille.

2. Réseau inter-familles

C'est une stratégie pour faire tomber les barrières entre les personnes et entre les familles et pour faire en sorte que toutes les familles aient les ressources suffisantes pour permettre la pleine participation des personnes handicapées. Ces réseaux de voisinage permettront également d'apporter une assistance personnelle aux personnes handicapées.

3. Réseau d'organisations gouvernementales et non gouvernementales

Le rôle principal de ce réseau est d'assurer l'efficacité et l'efficience des actions au travers du partage coordonné des ressources. Son objectif principal est d'intégrer la question du handicap dans tous les domaines du développement et de faire en sorte que tous les aspects des situations de handicap soient pris en compte dans les programmes de CAHD.

Le besoin de ce travail en réseaux, particulièrement dans le secteur secondaire, sera extrêmement variable selon les compétences de chaque organisation. Bien souvent, une organisation seule ne dispose pas de toutes les compétences ni de toutes les ressources nécessaires à la mise en place totale d'un programme de CAHD. C'est dans ce cas que le réseau d'organisations se révèle être indispensable.

4.4. Les rôles attendus dans la CAHD

Personnes handicapées

- Participer au développement de la CAHD.
- Militer pour le développement de la CAHD.
- Véhiculer une image positive de la personne handicapée auprès des autres membres de la communauté.
- Assurer le suivi de la mise en place et le développement de la CAHD.
- Participer à des groupes d'auto assistance ainsi qu'aux activités de suivi, de recherche, et d'évaluation de la CAHD.

Familles

- Considérer la personne handicapée comme un membre de la famille à part entière.
- S'informer sur les causes de la déficience, de l'incapacité et du handicap, les prévenir et les réduire.
- Assurer l'accès aux services de réadaptation à toute personne handicapée.
- Militer pour le développement de la CAHD.
- Participer au développement de la CAHD.
- Créer des réseaux internes aux familles pour venir en aide aux membres handicapés.
- Créer des réseaux inter-familles pour venir en aide aux familles qui en ont besoin.

Organisations gouvernementales

Lors de la mise en place de la CAHD, il faut garder à l'esprit que les différentes organisations gouvernementales auront différents rôles et devront être appréhendées de manière différente. Les rôles décrits ci-dessous concernent les trois grands domaines de l'action gouvernementale: le politique, le législatif, et les groupes techniques au sein de chaque ministère.

Il faut persuader les politiques que répondre aux besoins des personnes handicapées et chercher à éliminer le handicap influencera les électeurs. La meilleure façon d'y parvenir est de créer des initiatives ciblées de lobbying avec des groupes d'électeurs pour essayer de convaincre les politiques qu'il est dans leur intérêt de :

- Donner un cadre législatif au développement de tous les aspects de la CAHD¹⁵.
- Apporter aide financière à la mise en place des programmes de CAHD.

¹⁵ On trouvera une information sur la mise en place d'une législation dans le document de l'ONU suivant : *Legislation about Equal Opportunities and Full Participation in Development for Disabled Persons: Examples from the ESCAP Region*; Document n° ST/ESCAP/1651; United Nations, New York, 1997.

- Assurer, dans le cadre de la CAHD, le développement d'un système de services de réadaptation efficace et efficient.
- Donner une information efficace sur la déficience, l'incapacité, le handicap et le développement de la CAHD à tous les secteurs de la société.

En même temps, des groupes techniques au sein des ministères concernés doivent recevoir information, formation et financements afin de créer de nouvelles perspectives en matière de services spécialisés et afin d'intégrer des personnes handicapées dans les services gouvernementaux.

Organisations internationales (les agences des Nations Unies)

- Mettre en place des normes et des protocoles internationaux dans les domaines du handicap.
- Renforcer les réseaux internationaux existants par l'intégration des questions sur le handicap.
- Créer un forum international pour partager les informations et réflexions sur la CAHD.
- Etablir des liens entre organisations de personnes handicapées et organisations de développement.
- S'assurer que le rôle des agences de développement inclut les questions sur le handicap.

Organisations de personnes handicapées

- Militer pour le développement de la CAHD.
- Développer les liens entre organisations de personnes handicapées et organisations de développement.
- Participer au suivi, à la recherche et à l'évaluation de la CAHD.

Organisations non gouvernementales (ONG)

- Militer et faciliter le développement d'un cadre de coordination des activités de la CAHD.
- Intégrer les personnes handicapées dans la mise en place et le développement de la CAHD dans tous les secteurs.
- Assurer le suivi, évaluer et proposer des modifications dans la mise en place de la CAHD si nécessaire.
- Faire évoluer les politiques des associations de collecte de dons.

Organisations non gouvernementales internationales

- Soutenir la mise en place des programmes de CAHD.
- Apporter les ressources techniques à la mise en place initiale de la CAHD.
- Apporter les ressources financières à la mise en place initiale de la CAHD.
- Participer à la création d'un cadre de coordination de la CAHD.

5. Commencer un projet CAHD

5.1. Introduction

Lorsque l'on décide de mettre en place un projet CAHD, on doit choisir entre un programme pilote ou un programme national.

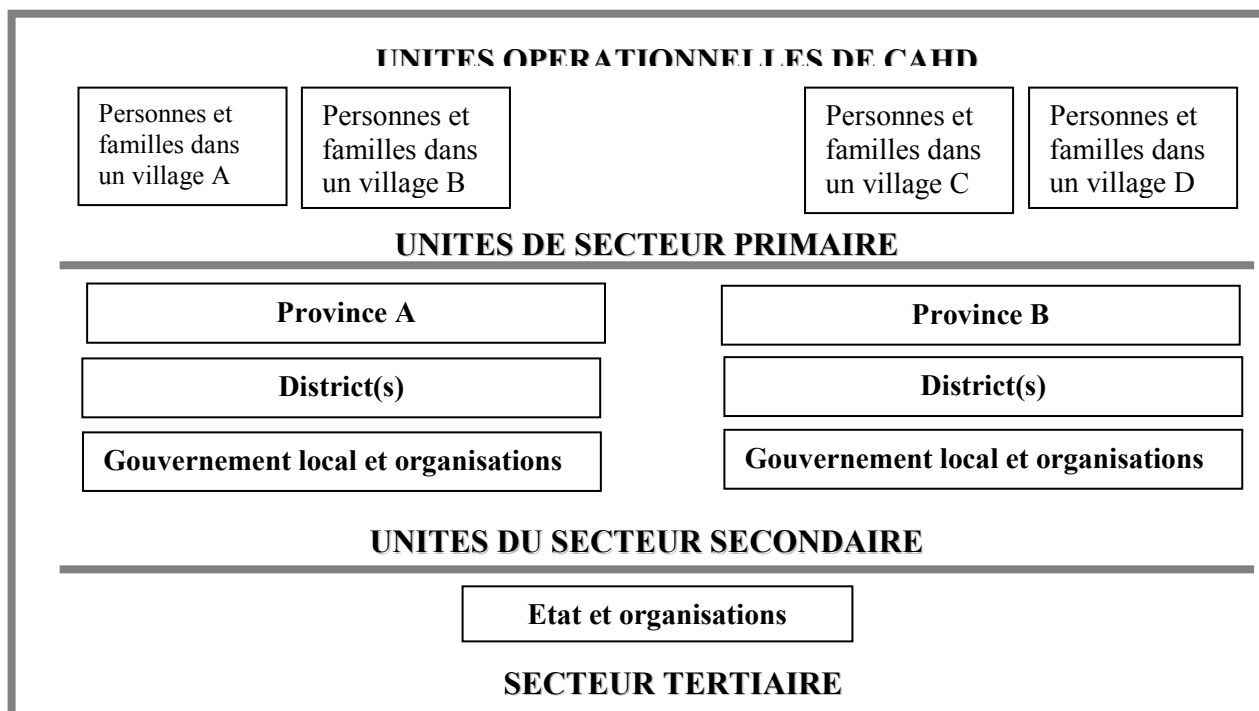
Les deux facteurs les plus importants à prendre en considération avant de choisir entre un programme pilote et un programme national sont les suivants :

1. La réalité géographique du pays dans lequel on veut l'implanter. Des territoires étendus et des populations mélangées feront plutôt opter pour un programme pilote.
2. L'existence de personnel formé et expérimenté. La CAHD est complexe et traite de problèmes divers qui nécessitent la mise en œuvre de nombreuses activités. Lorsque l'on ne peut pas disposer de personnel expérimenté, il est préférable de commencer par un programme pilote qui donnera à ce personnel l'occasion d'acquérir l'expérience nécessaire.

Une fois ce choix effectué, les étapes de la mise en œuvre sont identiques.

La différence essentielle entre les deux sera leur durée. La phase de programme pilote précèdera forcément la mise en œuvre d'un programme national qui demandera alors plus de temps pour arriver à l'égalité des opportunités et à la pleine participation des personnes handicapées. Cependant, un programme pilote est beaucoup plus sûr dans la mesure où diverses stratégies de mise en œuvre peuvent être expérimentées et testées avant un engagement complet.

Le tableau ci-dessous montre la composition possible d'un programme pilote en termes d'unités opératoires. Il peut y avoir de multiples unités primaires et secondaires qui opéreront dans un seul secteur tertiaire.



5.2. Introduction à la "boîte à outils" CAHD

La boîte à outils CAHD, comme elle est décrite ci-dessous, est la principale source d'information pour la mise en œuvre de la CAHD. Cette boîte à outils ne donne pas un cadre rigide afin de permettre la mise en place de nombreux systèmes différents les uns des autres, dans le cadre du concept de la CAHD.

Partie A : Comprendre la CAHD

Contient les outils permettant de présenter la CAHD. Il s'agit en grande partie du présent document.

Partie B : Outils de communication sociale

Message et méthodes pour développer du matériel adapté permettant d'informer localement sur la déficience, l'incapacité et le handicap.

Partie C : Outils d'intégration

Outils pour développer l'intégration des personnes handicapées dans les activités de leur famille, de leur communauté et des organisations.

Partie D : Outils de réadaptation

Outils pour développer et maintenir des services communautaires de réadaptation primaire efficaces et efficaces.

Partie E : Outils de management

Outils pour développer les capacités du programme CAHD et du travail en réseau, ainsi que pour mettre en place les activités de recherche, de suivi et d'évaluation dans tous les secteurs.

Partie F : Plans de formation

Outils pédagogiques (consignes, plans d'actions, documents de référence) sous forme de modules à utiliser pour la formation des agents de communication sociale, des agents de réadaptation communautaire ainsi que des dirigeants des organisations. Ces outils sont conçus pour être utilisés par toutes les catégories d'organisations : ONG, ONG internationales, associations de personnes handicapées, organisations gouvernementales...

5.3. Les étapes d'un programme pilote de CAHD

La première démarche à effectuer pour réussir un programme de CAHD, qu'il soit national ou pilote, est de choisir le point d'entrée et les organisations qui vont initier le processus du secteur primaire (local) au tertiaire (national).

On trouvera dans la boîte à outils CAHD des conseils pour le choix d'organisations appropriées.

Phase I : Préparer la mise en œuvre

Compléter la grille "SAIF - Situation Analysis and Information Framework" (grille d'analyse de la situation).

Utiliser les informations collectées avec la « SAIF » pour élaborer une stratégie de mise en œuvre de la CAHD.

Commencer le développement des capacités de formation en CAHD.

Adapter et traduire la boîte à outils CAHD pour respecter la stratégie choisie et tenir compte des conditions sociales et des langues locales.

Sélectionner les organisations partenaires appropriées pour la mise en œuvre de projets pilotes.

Phase II : Démarrer la mise en œuvre des activités des secteurs primaires et secondaires

Former les partenaires pour la mise en œuvre.

Mettre en œuvre les activités du projet pilote.

Lancer le développement de réseaux d'organisations dans la zone du projet pilote.

Lancer le développement des services spécialisés et des services de transport dans la zone du projet pilote.

Assurer le suivi et modifier la démarche de mise en œuvre si nécessaire.

Phase III : Démarrer la mise en œuvre des activités des secteurs secondaires et tertiaires

Lancer le développement de réseaux d'organisations nationales.

Créer de nouvelles activités d'incitation à la mise en place de programmes de CAHD.

Créer d'une instance de coordination nationale de la CAHD.

Renforcer les services de réadaptation existants ou bien en créer s'ils sont inexistantes.

S'assurer de l'adoption d'un cadre législatif favorable aux personnes handicapées et au développement de la CAHD incluant les principaux services spécialisés.

Etendre l'application de la CAHD au delà de la zone pilote initiale.

Continuer à assurer le suivi et à modifier la démarche de mise en œuvre si nécessaire.

Phase IV : Poursuivre la CAHD

Les activités de suivi, de recherche et d'évaluation seront nécessaires bien après la phase de mise en œuvre. Les informations qu'elles apporteront seront toujours nécessaires pour créer du changement dans le système des prestations de service puisque les besoins des communautés évolueront sans cesse au fur et à mesure de leur croissance et de leur développement.

L'une des caractéristiques essentielles de la CAHD est le développement d'un système de management permanent qui devrait faire partie des structures nationales déjà existantes. L'objectif de ce système de management sera d'assurer l'égalité des opportunités et

l'intégration complète d'un nombre croissant de personnes handicapées mais qui pourront maintenant vivre car leurs situations de handicap auront diminué.

5.4. La formation des acteurs des organisations impliquées dans la CAHD

Toutes les sessions de formation à la CAHD commencent par un apport de connaissances sur la déficience, l'incapacité et le handicap et leur impact sur la vie des personnes.

Toutes les sessions de formation à la CAHD cherchent avant tout à créer des attitudes positives chez tous les participants et à les motiver pour mettre en place des actions de CAHD efficaces.

Etant donné que la notion de développement est centrale à la CAHD, les personnels des organisations de mise en œuvre doivent avoir reçu une formation adéquate dans le domaine du développement si l'on veut que leur travail soit efficace. La formation au développement ne fait pas partie de la boîte à outils CAHD étant donné que cette formation aura déjà été dispensée aux stagiaires ou bien le sera ultérieurement par un des nombreux organismes de formation au développement.

Formation 1 : Sensibilisation des dirigeants au handicap

La boîte à outils CAHD contient le plan de formation ainsi que les plans de formation individuels et les outils pédagogiques ou les références des outils pédagogiques.

Les managers des niveaux supérieurs et intermédiaires seront formés à :

1. Sensibiliser le personnel de leur organisation.
2. Analyser leur propre organisation pour déterminer où les actions de CAHD peuvent s'inscrire.
3. Développer une politique appropriée.
4. Changer le comportement de l'organisation.
5. Recruter du personnel handicapé pour travailler au sein de l'organisation.
6. Intégrer les personnes handicapées dans leurs activités de développement.
7. Développer des réseaux pour collaborer avec d'autres organisations.
8. Assurer le suivi et évaluer le travail du personnel impliqué dans la CAHD.
9. Utiliser les informations recueillies par le suivi et la recherche pour procéder à des changements dans les programmes.
10. Participer à la recherche en CAHD.

Les dirigeants continueront à apporter une meilleure connaissance de la CAHD par leur participation à des réunions de réseaux, de visites de suivi conduites par un personnel expérimenté et des stages de formation continue.

Formation 2 : Communication sociale

Les techniques de communication sociale seront enseignées aux agents de réadaptation communautaire dans un module séparé de leur formation globale. En effet, l'expérience a montré que les intervenants qui doivent informer le grand public doivent avoir une

connaissance technique suffisante du handicap et de ses causes pour pouvoir répondre à un vaste éventail de questions. Si ces questions n'obtiennent pas de réponses satisfaisantes durant les sessions d'information du grand public, l'efficacité de ces messages en sera considérablement amoindrie.

La boîte à outils CAHD contient les plans de formation ainsi que les plans de formation individuels et les outils pédagogiques ou les références des outils pédagogiques.

Les agents communautaires seront formés à :

1. Echanger leurs savoirs avec le personnel de l'organisation pour laquelle ils travaillent et avec d'autres organisations dans leur zone géographique.
2. Utiliser les informations et les techniques fournies par la boîte à outils CAHD pour adapter les outils de communication sociale à leur situation locale et pour développer de nouveaux outils.
3. Utiliser ces nouveaux outils pour informer les membres de la communauté.
4. Utiliser les informations fournies par la boîte à outils CAHD pour créer de nouvelles techniques de partage du savoir avec les membres de la communauté.
5. Former le personnel d'autres organisations au partage du savoir avec les membres de la communauté

Formation 3 : Les agents de réadaptation communautaire

La boîte à outils CAHD contient les grandes lignes du plan de formation ainsi que les plans de formation individuels et les outils pédagogiques ou les références des outils pédagogiques.

Les agents de réadaptation communautaire seront formés à :

1. Fournir des services de réadaptation primaire pour tous les types de déficiences.
2. Former les familles et l'entourage à venir en aide aux personnes handicapées.
3. Référer les personnes handicapées ou les personnes ayant des incapacités vers des services spécialisés adaptés.
4. Faciliter l'intégration des personnes handicapées dans les activités de développement.
5. Développer des réseaux de soutien familiaux et inter-familiaux pour les personnes handicapées.
6. Inciter d'autres membres d'organisations et de communautés à intégrer des personnes handicapées.

La formation des agents communautaires sera renforcée par :

1. Des stages de formation continue.
2. Des visites de suivi conduites par du personnel expérimenté.

6. La CAHD en action : étude de cas

6.1. L'impact de la CAHD sur une organisation

Cette organisation de Développement Communautaire (ODC) a été créée il y a une quinzaine d'années. Petit groupe de volontaires locaux à ses débuts, elle est devenue une organisation qui emploie plus de 200 personnes et qui travaille sur 25 projets. Les activités de développement de cette ODC recouvrent : les actions d'épargne et de crédit, la pisciculture, l'aide agricole, l'innovation technologique, l'habitat, l'éducation, la santé et la nutrition, l'aide juridique, et l'aide aux femmes. Cette ODC fait aussi fonctionner un petit hôpital de 15 lits avec un service de consultations mobile qui soutient leurs activités de santé et de nutrition.

Jusqu'à il y a cinq ans, cette ODC n'avait pas conscience de l'existence de personnes handicapées dans leurs zones de projets. Un jour, lorsque la question fut soulevée avec l'un des dirigeants, celui-ci répondit qu'il n'y avait pas de personnes handicapées dans leur zone d'action. L'ODC commença alors à faire des actions de prévention de la cécité et ainsi à prendre conscience des personnes handicapées et de leurs besoins. Peu à peu, elle a accru son aide en direction des personnes handicapées et suite à la suggestion d'un donneur national, l'ODC décida d'intégrer d'autres personnes handicapées dans leurs actions tout en utilisant la CAHD. Au début, le responsable du secteur santé suivit une formation de sensibilisation au handicap pour dirigeants. Bien qu'il fût encore sceptique quant à l'intégration des personnes handicapées dans leurs actions, il désigna une personne de son organisation pour suivre une formation au travail communautaire sur le handicap. Une fois que la personne eut terminé sa formation et qu'elle eut commencé à travailler dans le domaine du handicap, ce responsable se rendit compte que la CAHD fonctionnait. Il proposa que davantage de personnes se forment. Durant les dix-huit mois qui suivirent, le responsable du secteur crédit et un coordinateur de programme suivirent également la formation pour les dirigeants. Un autre agent de réadaptation communautaire suivit aussi la formation et un organisateur communautaire fut formé en communication sociale.

Pendant ce temps, l'équipe de direction des ODC a décidé qu'une véritable politique écrite devait être définie pour qu'une aide à long terme soit proposée aux personnes handicapées. Une fois cette politique adoptée, l'ODC commença ses activités dans chacun des domaines suivants :

Sensibilisation au handicap

Les agents de réadaptation communautaire et les intervenants en communication sociale informent le public lors de réunions des groupes d'épargne. L'ODC a inclus le handicap dans ses plans de sensibilisation. Sur vingt cinq affiches illustrées arborant des messages de développement, trois concernent le handicap. Tout le nouveau personnel reçoit une formation initiale de base sur le handicap. Les agents communautaires ont également dispensé une formation de deux jours aux quarante cinq personnels de santé et de nutrition et aux sage-femmes. Ils dispensent aussi des formations courtes et informelles sur des sujets ciblés lors de réunions du personnel.

Intégration des personnes en situation de handicap

La politique d'intégration de l'ODC a amené des changements dans les critères d'adhésion aux groupes d'épargne. Ils ont ainsi autorisé la participation des personnes handicapées et de leurs familles. Aujourd'hui, 310 personnes handicapées et des membres de leurs familles participent aux groupes d'épargne. Le recueil de statistiques dans le secteur « crédit » a été élargi afin d'inclure des données sur l'intégration des personnes handicapées. D'autres secteurs sont en train de réviser leurs méthodes de recueil de données pour évaluer les résultats de la CAHD. Les rapports d'évaluation mensuels des trente-cinq directeurs adjoints doivent à présent inclure le domaine du handicap. Le handicap est également régulièrement à l'ordre du jour des réunions mensuelles des directeurs régionaux. Les directeurs de secteurs ont incité à une politique d'intégration en recrutant du personnel handicapé (six personnes actuellement) et ont récemment recruté une personne handicapée pour la former à la fonction d'agent de réadaptation communautaire.

Accès aux services de réadaptation

Les agents de réadaptation communautaire de l'ODC (qui sont employés depuis moins d'un an) réalisent des actes de réadaptation primaire auprès de quarante-cinq personnes et visitent en moyenne trois personnes par jour, quatre jours par semaine. Plus de 150 personnes handicapées ont été dirigées vers d'autres organisations pour les services que les agents communautaires ne sont pas en mesure de fournir. Le personnel de terrain des groupes d'épargne contacte les agents communautaires lorsque leur aide s'avère nécessaire pour certaines personnes handicapées. Cependant, il a été remarqué que moins d'un tiers des personnes handicapées des groupes d'épargne nécessitaient l'intervention des agents de réadaptation communautaire.

Management, incitation et travail en réseau

Les ODC ont également inscrit la question du handicap à l'ordre du jour des réunions de coordination trimestrielles auxquelles participent le Ministère de la Santé et le Planning Familial. L'un des sujets importants débattus en réunion a été l'accès aux services pour les personnes handicapées. L'ODC encourage également les donateurs à apporter leur soutien à l'intégration du handicap dans toutes les activités de développement.

6.2. L'impact de la CAHD sur les familles

L'exemple de Razzak

Razzak est âgé de vingt quatre ans mais se comporte comme un enfant de dix ans. A l'âge de huit ans, il est tombé d'un manguier et son cerveau fut touché. Depuis, il boite et n'est pas très vif d'esprit. Il a souvent des pertes de mémoire mais il est capable effectuer des tâches ménagères simples.

Ses parents ont quitté leur village pour s'installer à la ville car en vieillissant, ils ne pouvaient plus s'occuper de leur lopin de terre. Ils n'ont pas réalisé combien la vie en ville serait coûteuse et se sont vite retrouvés sans un sou. Pour nourrir sa famille, le père de Razzak se fait parfois embaucher comme journalier mais leur vie n'est pas facile.

L'ODC a changé la vie de Razzak et de sa famille. Leur engagement dans les actions de l'ODC a commencé le jour où une nutritionniste a remarqué Razzak qui était assis dans un coin lors d'un atelier sur la nutrition. A la fin de la séance, elle s'est informée sur le jeune homme auprès d'un des participants et a fini par rencontrer ses parents. Ils ont été d'accord pour qu'un agent de réadaptation communautaire vienne rendre visite à Razzak pour essayer de l'aider. Cette personne vient à présent chaque semaine et lui apprend à compter et à faire un peu de mathématiques.

La nutritionniste a aussi mis en contact la mère de Razzak avec un groupe d'épargne et de crédit. Grâce à la politique de soutien aux personnes handicapées des ODC, elle a été prioritaire pour l'obtention d'un prêt si bien que son mari a pu ouvrir une boutique sur le marché. A présent, Razzak aide son père dans la boutique pour le nettoyage et le transport de marchandises lourdes. Il aide aussi certains membres de l'atelier de nutrition lorsqu'il y a beaucoup de travail à faire dans leurs jardins. Ce faisant, il a appris à jardiner et ses parents espèrent qu'un jour il pourra s'occuper d'un jardin pour la famille avec l'aide d'un agent de réadaptation communautaire et de l'ODC.

L'exemple de Saiful

Saiful est le plus jeune des sept enfants de Aisha et Hamid. Ils vivent dans une petite boutique de thé dans l'artère principale de la ville et Hamid gagne juste assez d'argent pour nourrir et habiller sa famille.

Bien que Saiful vive dans un secteur répertorié par l'ODC, il n'a pas été identifié comme une personne handicapée. C'est une voisine, membre d'un groupe d'épargne, qui l'a repéré. Lors des séances de groupes d'épargne, l'agent communautaire utilisait des affiches illustrées pour informer sur la prévention du handicap et sur le rôle de la fièvre en particulier. La voisine s'est alors souvenu de l'infection respiratoire aiguë dont Saiful avait été atteint alors qu'il n'avait que quelques mois. L'infection avait provoqué une forte fièvre et des convulsions qui avaient fait que Saiful ne pouvait plus marcher. A la fin de la séance, la voisine en a parlé à l'animateur du groupe qui lui a suggéré de conduire Saiful et sa mère au bureau de l'ODC où un agent de réadaptation communautaire pourrait examiner son cas. Celui-ci diagnostiqua une IMC (infirmité motrice cérébrale) qui paralysait ses deux jambes.

Après ce diagnostic, l'agent de réadaptation communautaire est venu chez Saiful une fois par semaine pendant un an, pour lui faire faire de la rééducation. Il a retrouvé de la force dans ses jambes et s'est mis à marcher avec un déambulateur. Bientôt, il est arrivé à marcher tout seul et a acquis assez de confiance pour sortir de chez lui. Plus tard, l'agent de réadaptation communautaire le présenta à un instituteur d'une école non formelle de l'ODC. Il fut décidé qu'avant que Saiful ne fréquente l'école, l'instituteur et l'agent communautaire feraient un travail de sensibilisation auprès des autres enfants de la classe qui allait l'accueillir. Lorsque Saiful est arrivé, les autres enfants l'ont accepté. Puis, après une année passée avec succès à l'école non formelle, l'agent de réadaptation communautaire fit en sorte qu'il puisse fréquenter l'école d'Etat locale. Il est à présent en première année à l'école primaire.

L'exemple de Nasir

Nasir avait treize ans et ne pouvait pas marcher à cause d'une polio et de l'absence de traitement. Il n'allait pas à l'école, mais aucun de ses frères et sœurs n'y étaient allés non plus. L'école était trop loin de chez eux et ils passaient leur temps à aller chercher du bois et de la paille pour que la mère fasse la cuisine. Le père de Nasir travaillait à la journée quand il trouvait des travaux à effectuer : parfois il transportait des briques sur sa tête, parfois il

conduisait des rickshaws. Nasir, ses parents et quatre de ses frères et sœurs vivent dans la pièce unique d'une maison en torchis, dans un village d'environ 300 familles.

Un jour, alors qu'Ali, un intervenant de terrain pour l'ODC, se trouvait dans leur village pour superviser la construction de nouvelles latrines, il aperçut Nasir assis tout seul devant chez lui. Ali venait de suivre une formation de trois jours sur le handicap dans le cadre d'une ODC et détecta les problèmes de Nasir. Il en parla à Sharif, l'agent de réadaptation communautaire, et ils lui rendirent visite tous les deux. Sharif déclara que Nasir pouvait retrouver l'usage de ses jambes grâce à une série d'exercices simples et montra à Ali et à Nasir comment les effectuer. Ali passait voir Nasir une ou deux fois par semaine et l'encourageait à faire les exercices. Il aidait également Nasir à se rendre à la boutique de son père pour fortifier ses jambes.

Sharif prit aussi contact avec un menuisier et lui fit fabriquer une béquille pour Nasir. Le père de Nasir paya le bois et le menuisier offrit sa main d'œuvre. Une fois la béquille terminée, Sharif et Ali vinrent apprendre à Nasir comment l'utiliser. Sharif contacta également les autorités locales pour qu'il puisse obtenir le statut de "personne vulnérable" qui lui donnait droit à des tarifs réduits sur la nourriture.

Ali a aussi rencontré la famille de Nasir et l'a encouragée à se joindre à l'un des 180 groupes d'épargnes des ODC. Quelques mois plus tard, le père de Nasir obtint un prêt du groupe pour acheter une vache, puis il suivit une formation en élevage. La mère de Nasir se mit à assister à des réunions d'information sur la santé, ce qui la convainquit de faire vacciner contre la polio un de ses enfants pour la première fois.

Ali encouragea aussi Nasir à aider à la fabrication du ciment pour les travaux des latrines. L'ODC organisa une journée du sport à l'occasion de la Journée des Droits de l'Enfant. Ali suggéra à Nasir d'aider à l'organisation des jeux et d'y participer. Nasir fut très fier du ruban rouge qu'il avait gagné au lancer du marteau.

Sharif rendit visite à Nasir tous les mois pendant un an puis annonça que son aide devait s'arrêter étant donné que Nasir avait réussi à fortifier ses jambes autant qu'il était possible de le faire. Nasir continua à travailler au chantier des latrines et à d'autres activités communautaires de l'ODC. Aujourd'hui, il assiste à certaines réunions des groupes d'épargne où il peut parler de son handicap et faire la promotion de la vaccination.

L'exemple de Naseema et d'Amina

Naseema est une femme âgée de trente ans avec des problèmes de vue et qui vit avec ses parents âgés dans un des villages où l'ODC intervient. Islam, l'agent de réadaptation communautaire, la remarqua sur le pas de la porte de ses parents alors qu'il se rendait à une réunion du groupe d'épargne. Il se renseigna auprès des membres du groupe et avec l'aide de l'un d'eux, la persuada de se joindre au groupe. Au début, Naseema était réticente à participer car elle s'imaginait qu'elle n'était pas capable d'entreprendre une quelconque activité. Pourtant, dans l'espace de quelques mois, elle avait ouvert un petit commerce de tissus. Elle achète des tissus fabriqués sur les métiers à tisser du village et les revend au marché de la ville. Lorsqu'elle part à la ville, un membre du groupe s'occupe de ses parents. Naseema s'est mise aussi à assister aux réunions des groupes de femmes et à s'informer sur ses droits. Elle a aussi rencontré d'autres femmes qui ont de petits commerces et a appris à mieux gérer son budget.

Islam a aussi repéré Amina, une femme de quarante trois ans qui vivait avec sa fille de six ans, Sashi, et son mari cloué au lit depuis cinq ans à la suite d'un accident. Amina passe la plupart de son temps à s'occuper de son mari qui refuse que quiconque d'autre que sa femme

et sa fille l'aide. Sashi travaille également de nombreuses heures comme employée de maison chez un propriétaire terrien.

Tout comme Naseema, Amina fut sollicitée pour se joindre au groupe d'épargne. Très vite, on lui accorda un prêt pour acheter un rickshaw qu'elle loue à la journée à un jeune voisin. Islam a aussi inscrit Sashi dans une école non formelle gérée par une autre ONG locale. Cela n'a pas été facile de le faire accepter à ses parents car ils avaient besoin de la nourriture qu'elle recevait en paiement de son travail. Le propriétaire n'était pas non plus très favorable à ce qu'elle aille à l'école. Toutefois, après la visite d'Islam et du directeur de l'ONG locale, il accepta de la laisser aller à l'école quatre heures par jour sans réduction de salaire. Islam rendit visite au mari d'Anima à trois reprises pour évaluer son état et pour l'inciter à essayer d'aider la famille. Mais son état de santé est déplorable et il a refusé d'aider ou d'être aidé. Islam n'a pas pu lui faire faire des gestes de réadaptation primaire si bien qu'il a donné à Amina et à Sashi quelques conseils pour lui éviter des escarres et des contractures.

Glossaire

Assistance personnelle

Aide nécessaire pour certaines personnes handicapées dans leur vie quotidienne, y compris dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, donnée par une tierce personne.

Attitudes

La représentation qu'a le public du handicap et des personnes handicapées. C'est cette représentation qui conduit à des pratiques d'exclusion ou d'intégration des personnes handicapées.

Communauté

Les personnes, leur famille et les organisations qui influencent leur vie quotidienne. La communauté au sens large.

Communication sociale

Fournir de l'information sur un thème spécifique pour créer des changements dans les attitudes et les pratiques du public. Cette information est adaptée aux cultures et aux coutumes locales.

Déficiência

Défaillance anatomique qui engendre une incapacité fonctionnelle.

Développement

Le processus continu d'accroissement des libertés individuelles et du partage équitable des richesses mondiales.

Efficacité

Le degré d'impact d'une activité en termes d'objectifs atteints.

Efficiencia

L'efficacité en termes de coût de la mise en œuvre de certaines activités par rapport à d'autres activités qui auraient pu être mises en œuvre pour atteindre le même but.

Evaluation

Evaluation des données de suivi et de recherche pour déterminer l'efficacité et l'efficiencia d'un programme.

Handicap

Non reconnaissance de la personne handicapée, exclusion de cette personne, absence de services répondant à ses besoins.

Incapacité

Atteinte permanente d'une fonction (physique, mentale ou sensorielle) qui résulte d'une déficience.

Organisations

Groupes de personnes formels ou informels qui agissent à l'extérieur du cercle familial pour atteindre des objectifs spécifiques.

Réadaptation

Réduire l'impact de la déficience et développer la pleine participation de la personne handicapée.

Rôles

Pratiques quotidiennes basées sur les attitudes provenant de la connaissance et de l'expérience acquise.

Secteurs

En CAHD, les trois secteurs de la société (les personnes et leur famille, les organisations de services directs et les organisations de services indirects) ont des rôles distincts pour faire évoluer une situation de handicap en une participation active.

Services

L'ensemble des services médicaux de réadaptation et tous les autres, spécialisés et non spécialisés, nécessaires à certaines personnes handicapées pour réduire l'impact de leur déficience et augmenter leur pleine participation.

Services spécialisés

Les services spécialisés nécessaires pour les personnes handicapées sont :

- médecine générale
- ophtalmologie
- service de l'audition
- kinésithérapie
- ergothérapie
- orthophonie
- soutien psychologique
- appareillages orthopédiques
- autres aides techniques

Services de transports

Transports des personnes handicapées et de leur famille vers les centres de services spécialisés et retour au domicile.

Suivi

Collecte des données fournies par les actions et qui seront utilisées pour le suivi et la recherche.

Taux d'incidence de l'incapacité

Le taux de fréquence du handicap dans une population donnée.

Taux de prévalence de l'incapacité

Le nombre ou le pourcentage de personnes reconnues et comptabilisées comme handicapées dans une population donnée.

Unité opérationnelle

Circonscription démographique ou politique existante utilisée pour délimiter les frontières géographiques d'une zone de mise en œuvre d'un programme CAHD.

Unités

Secteur démographique ou politique qui constitue une zone de programme.

Viabilité

Le fait qu'une action puisse être poursuivie sans apport extérieur (en général économique ou technique).