MODULE 10:

Des Aides Techniques et Ressources

Note de l'animateur: Ce module est un peu différent des autres modules. Il peut être dispensé comme partie de la formation aux parents, comme une session autonome ou intégrée dans l'un des autres modules, tel que le positionnement. Il peut aussi être utilisé comme ressource d'informations complémentaires pour les animateurs, avec des conseils utiles pour la fourniture des dispositifs d'assistance, particulièrement dans le milieu à faible ressource, où il y'a des services limités ou pas de service de réhabilitation disponible.

Ce Module est divisé en deux sections:

Section 1: Dispositifs d'assistance

Section 2: Références et ressources

Résultats du module relatifs aux Aides Techniques

- Pour le personnel du projet, comprendre les leçons apprises sur la fourniture des dispositifs d'assistance dans le milieu pauvre en ressource.
- Les donneurs de soins comprendront l'utilité des dispositifs d'assistance et la façon dont certains enfants peuvent bénéficier des supports fabriqués au plan local.

Leçons apprises sur la fourniture efficace des aides techniques

Les leçons apprises tirées de l'expérience en milieu rural au Bangladesh, de la documentation disponible, et de la correspondance directe avec les organisations travaillant avec des aides techniques dans les pays à revenu moyen ou à faible revenu [1].

1. Si vous fournissez une aide technique, vous DEVEZ ASSURER UN CERTAIN SUIVI à la famille, concernant ce qui peut être mieux utilisé et maintenu. Les recherches au Bangladesh [2] ont montré que, sans suivi, les parents n'utilisaient pas parfois les aides techniques de façon appropriée, ou de manière plus courante, ne les utilisaient plus du tout!

Par exemple, les chaises installées au coin étaient rarement utilisées, d'une part parce que les parents ne comprenaient pas totalement leurs avantages, et, d'autre part, parce que la chaise au coin était de mauvaise qualité.

Photo: Un siège incliné de mauvaise qualité, sans rembourrage – ne jamais utilisé!

2. Gérez les attentes dès le début! Il est important de dégager du temps pour expliquer aux parents que TOUS LES ENFANTS ne bénéficieront pas des dispositifs d'assistance, et ce n'est pas que chaque enfant aura un fauteuil roulant cher!

3. Le personnel du projet doit établir une relation avec un menuisier local pour la fabrication d'aides techniques simples et à moindre coût, tels que les sièges inclinés. La qualité de l'équipement doit être suivie par le personnel. Si les dispositifs sont de mauvaise qualité, ils ne seront pas utilisés.

4. Ne prescrivez pas des aides techniques sans discernement. Cela pourrait limiter la performance fonctionnelle. Par exemple, un fauteuil roulant pourrait empêcher un enfant d'essayer ou de pratiquer la marche.

5. Evalue toujours l'environnement de la maison avant de donner une aide technique. Par exemple, une chaise faite à base de papier n'est pas appropriée dans une zone rurale de Bangladesh, à cause du sol boueux et du climat tropical. Elle sera facilement mouillée, sale et très vite, hors d'usage. S'il n'y a pas assez d'espace à la maison ou dehors pour manœuvrer un fauteuil roulant coûteux, peut-être qu'une alternative moins coûteuse, telle qu'une chaise en bois adaptée, est raisonnable.

6. Il est préférable d'utiliser des produits locaux pour fabriquer les aides techniques pour qu'ils puissent être réparés, au niveau local, en cas de besoin. Par exemple au Bangladesh, les fauteuils roulants étaient fabriqués avec les roues des pousse-pousse et Motivation a utilisé des roues de bicyclettes dans les programmes en Afrique. Ainsi, ils peuvent être facilement réparés au moindre problème.

QUELS SONT LES AIDES TECHNIQUES?

Matériels

Images des enfants avec divers types d'aides techniques

Demandez Quels sont les aides techniques ?

Etes-vous capables de nommer certains des aides techniques?

Expliquez que toute chose qui aide une personne handicapée dans l' exécution des activités quotidiennes, de façon indépendante, est une 'aide technique'. Ceci est important, non seulement pour l'autonomie, mais aussi pour l'intégration et l'accès à la société. Les aides techniques peuvent être de toutes formes et de toutes dimensions.

Demandez Pouvez-vous nommer certains aides techniques? Ceci n'est pas une liste exhaustive, mais juste quelques exemples:

- Lunettes
- Béquilles
- Fauteuil roulant
- Couverts adaptés
- Dispositif d'aide pour les toilettes
- Canne
- Tableau de communication

Activité: Affichez les images des enfants ayant des aides techniques. Demandez aux parents: Que voyez-vous sur ces images? De quels matériels sont constitués certains des aides techniques? Pourquoi certains enfants possèdent certains types de d'aide techniques et pas d'autres? Y'a-t-il des aides techniques qui semblent être fabriqués au niveau local et à moindre coût ? Y'a-t-il des enfants qui n'ont pas des aides techniques? Pourquoi?

Abordez dans la discussion:

- Certains enfants ne bénéficieront d'aucun type de 'aide technique'.
- Identifiez les besoins individuels de chaque enfant et voyez si l'usage des aides techniqaes, aiderait à encourager l'autonomie.
- Chaque enfant a des aptitudes différentes, et des différentes aides techniques doivent être utilisées. Ex. Un enfant qui a quelques difficultés pour marcher, n'aura pas besoin d'un fauteuil roulant, mais bénéficiera d'une canne ou d'une béquille.

Photo Gauche: Un enfant tenant une canne, au Bangladesh

Photo Droite: Un enfant dans un fauteuil roulant

Photo ci-dessous: Un enfant assis sur une chaise spéciale

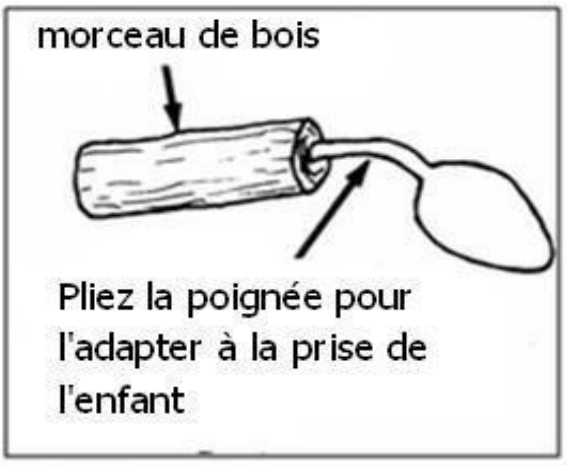


Image ci-dessus : Dispositif d'assistance de fabrication artisanale pour aider à aller aux toilettes. Reproduit, avec la permission de CBM International

Photo ci-dessus: Un enfant dans un cadre support

Photo ci-dessus: Un enfant marchant à l'aide de barres parallèles artisanales.

Photo ci-dessus: Un enfant sur une planche en bois artisanale pour l'aider à se mettre debout

DES AVANTAGES DES DISPOSITIFS D'ASSISTANCE

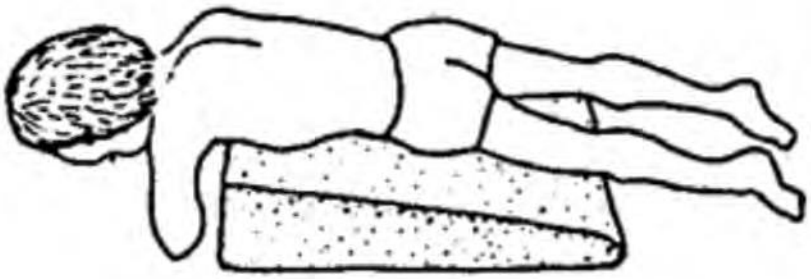
1. Cadres supports

Demandez: Quels avantages, selon vous, un cadre support, peut-il avoir?

Abordez les points suivants, dans la discussion:

- Les cadres supports aident les enfants handicapés dans la position debout.
- La position debout est très importante pour les enfants touchés par la paralysie cérébrale. Rappelez au groupe le module relatif au positionnement et les avantages de la position debout.
- De nombreux enfants handicapés, qui ne peuvent pas se mettre debout, passent leur temps couchés ou assis. En plaçant un enfant dans un cadre support, il peut observer le monde qui l'entoure d'une manière différente, il peut établir une communication et échanger avec les autres, à un niveau différent. Ceci peut apporter une stimulation plus large pour l'enfant, et contribuera au développement social et cognitif, de manière générale.
- Verticalisateur de Prone: l'enfant se penche en avant sur le dispositif, qui est légèrement incliné en avant. Ceci est conseillé pour les enfants ayant des niveaux d'aptitudes plus faibles, qui luttent pour maintenir leur corps/tête bien droit ou qui ont des difformités cérébrales. La position permettra de lever la tête et le tronc.
- Discutez des 'bonnes' et 'mauvaises' positions sur les images ci-dessous.

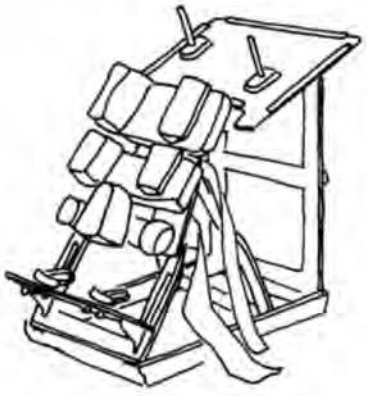
L'enfant ne peut pas lever la tête en position couchée



Verticalisateur de Prone

Il est plus facile de garder le contrôle de la tête sur une planche inclinable

Enfant en bonne position debout dans un cadre support



Enfant en mauvaise position debout dans un cadre support droit

2. Siège support – siège incliné/siège spécial ou ‘chaise ‘CP’

Demandez: *Quels avantages, un enfant peut-il tirer d’un siège support?*

Photo: Exemple d’un siège fabriqué à partir d’une Technologie Appropriée à base de Papier (APT)

Abordez les points suivants dans la discussion:

- Prévenir ou ralentir le développement des contractures ou des difformités qui peuvent rendre l’enfant davantage infirme. Cela peut aussi aider à rendre les os plus solides.
- Le fait de passer beaucoup de temps couché ou assis dans une posture affaissée, est nuisible pour tout le monde. La position assise droit peut aider à maintenir la santé, en améliorant la respiration, la digestion et la circulation sanguine.
- L’enfant est capable d’établir un contact visuel avec ceux qui l’entourent. Cela facilite la communication verbale et non-verbale et contribue à la dignité et à l’estime de soi.
- Le fait d’apporter du soutien à un enfant lorsqu’il est assis, peut l’aider à contrôler les mouvements de sa tête, de ses mains et à se concentrer plus longtemps. Ceci peut avoir un impact positif sur les activités suivantes: soins personnels (manger, aller aux toilettes, s’habiller); jouer; apprendre; lire; écrire…
- Pour bénéficier d’un siège, l’enfant doit être appuyé pour s’assoir droit. Utiliser l’image ci-dessous pour couvrir les points clés. Ceci couvre le matériel du module de positionnement.

• **Bassin**: droit • **Articulations de la hanche**: 900, genoux légèrement séparés • **Genoux et chevilles**: 900 • **Dos**: droit • **Epaules**: relaxes avec les bras libres de tout mouvement • **Tête**: droite au milieu, menton rentré • **Vue de côté**: Oreille, épaule, hanche – en ligne • **Vue de l’avant**: Yeux, épaules, hanches, genoux tous au même niveau	

A siège incliné peut être utilisé pour les enfants, ayant un niveau élevé d’aptitude, étant qu’il fournit moins de soutien. Il est utile pour les jeunes enfants de plus de cinq ans pour des activités au sol ou des longues postions assises ou sans attelles jambières.

1 Pour de plus amples informations sur la Technologie Appropriée sur Papier (APT) pour la fabrication des dispositifs d’assistance, veuillez consulter : http://www.paperfurnitureenterprise.com/

3. Fauteuils roulants

Demandez: Comment votre enfant, peut-il tirer profit d'un fauteuil roulant?

- Apporter la mobilité pour les enfants qui ne peuvent pas, autrement, se déplacer de façon autonome.
- Les enfants peuvent aller à l'école
- Sortir jouer avec les autres enfants.

Cependant, rappelez-vous que ce ne sont pas tous les enfants ayant des difficultés de mobilité, qui bénéficieront d'un fauteuil roulant.

Expliquez: Pour tirer profit d'un fauteuil roulant, il doit être approprié pour soi. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a décrit un fauteuil roulant approprié comme suit:

- Répond au besoin des utilisateurs
- Peut être utilisé à la maison
- Est convenable et apportant du soutien
- Est sécurisé et en bonne état
- Est disponible et peut être entretenu à moindre coût.

Les fauteuils roulants sont de diverses formes et dimensions, et doivent être prescrits, de façon correcte, pour répondre aux besoins de l'enfant. Ceci nécessite une évaluation de la part de quelqu'un qui est formé, pour fournir un siège approprié. Si vous sentez que votre enfant a besoin d'un fauteuil roulant, consultez un thérapeute ou un service de fauteuils roulants. Les enfants qui ne peuvent s'assoir droit d'eux-mêmes, ont besoin d'un fauteuil roulant adapté, qui les aidera à s'assoir droit. Le fait de les mettre dans un fauteuil roulant ordinaire dans lequel il est dans une mauvaise position assise, leur causera plus de tort.

4. Déambulateur

Demandez quels sont les avantages d'un déambulateur?

Un déambulateur est approprié pour les enfants qui peuvent se mettre debout d'eux-mêmes, mais qui ont besoin d'aide pour faire des pas et marcher. L'usage d'un déambulateur permettra à l'enfant de marcher de façon autonome et apporte de la mobilité tout autour de la communauté. Le déambulateur permet à l'enfant d'être au même niveau que ses pairs et d'échanger avec ceux qui l'entourent.

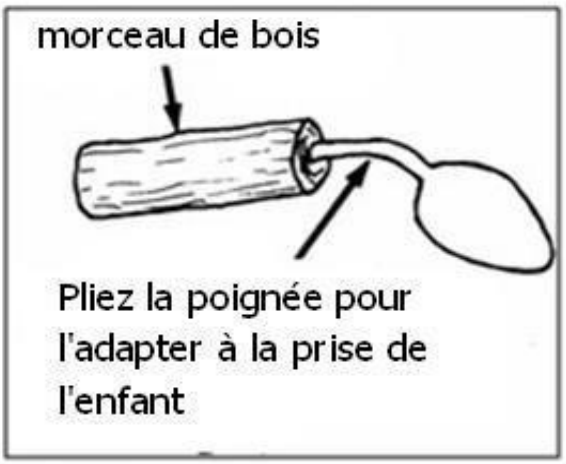
5. Lunettes

Au Bangladesh, 180 enfants souffrant de paralysie cérébrale ont été soumis à un test de déficience visuelle. Selon les estimations, 32% des enfants souffraient de déficience visuelle, parmi lesquels 18% avaient besoin de lunettes. Pour les autres, le problème était lié au traitement de la vision dans le cerveau (REF).

Photo: Un enfant souffrant de paralysie cérébrale soumis à un test visuel, au Bangladesh.

6. Couverts adaptés

Demandez: Quand utiliseriez-vous les couverts adaptés?

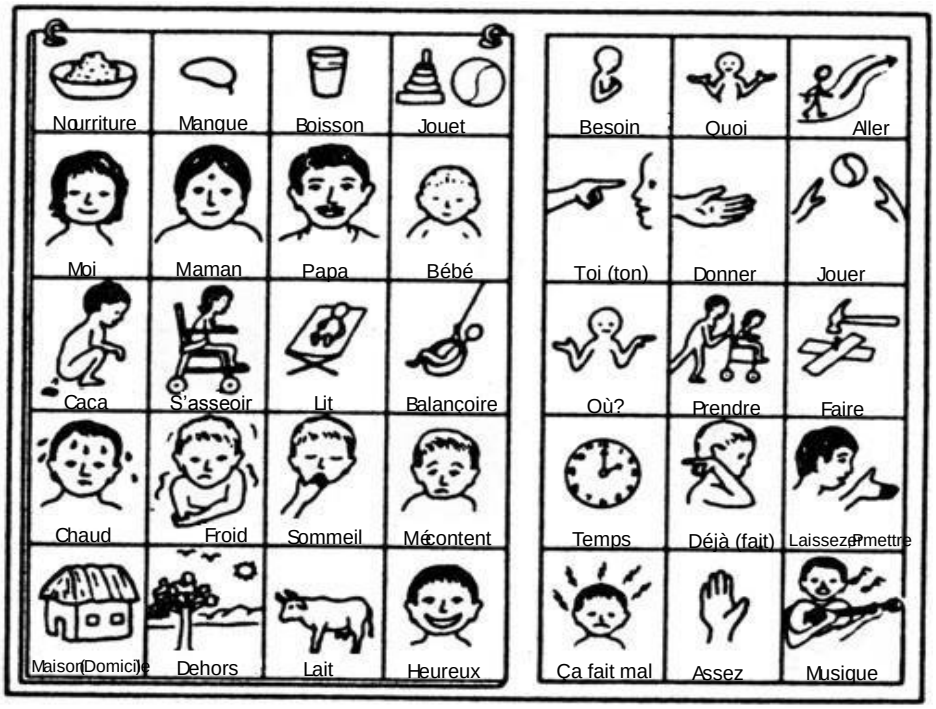


Pour un enfant qui lutte pour tenir une cuillère ou une fourchette, la manche a été faite pour rendre cela plus facile. S'il ne peut pas saisir du tout, sa main peut être doucement maintenue sur place, en attachant une écharpe autour de la main.

7. Tableaux de communication

Demandez: *Quand utiliseriez-vous un tableau de communication, et pourquoi?*

Les tableaux de communication offrent une méthode alternative de communication aux enfants qui ne peuvent pas communiquer de manière verbale. Ceci est, généralement, sous forme d'images.



Un tableau de communication offre aux enfants, un moyen de communication avec leurs pairs.

Il les permet de s'exprimer et d'être mieux compris par les autres.

La communication est un outil essentiel pour rendre les enfants autonomes, en leur permettant d'échanger avec les autres ; apportant ainsi la possibilité d'une intégration dans la communauté.

Références

1. *Motivation, Motivation est une ONG international qui soutient les personnes souffrant de déficiences motrices. Elle a une expertise spécifique dans la conception de fauteuils roulants à moindre coût, pour l'usage dans les pays en développement. Plus de détails sur : www.motivation.org.uk. 2013.*

2. *Bedford, J., et al., Raisons du non-recours à l'orientation: enfants souffrant de handicaps identifies à travers la Méthode d' Informateur Clé, au Bangladesh. Handicap & Réhabilitation, 2013(0): p. 1-7.*

SECTION 2 – RESSOURCES ET REFERENCES

Cette liste n'est pas exhaustive mais couvre les principales références et ressources qui étaient utilisées pour développer et adapter ce manuel. Dans certains cas, les références étaient utilisées pour donner des informations sur plusieurs modules.

Les Références générales essentielles

1 Badas, et al. *Mobilisation Communautaire à travers les groupes de femmes pour améliorer la santé des mères et des enfants*. 2011; Disponible sur: **http://www.wcf-uk.org/attachments/article/363/Good%20Practice%20Guide.pdf**.

2. CBM International, *Outil de prévention de la paralysie cérébrale de CBM (Parties 1, 2, 3) 2012 disponible sur* **http://www.cbm. org/Publications-252011.phP**. Les directives de CBM sur la paralysie cérébrale apportent une documentation de référence supplémentaire simple qui peut être utile pour les animateurs qui n'ont pas assez d'informations sur la paralysie cérébrale.

3. Association de Paralysie Cérébrale (Cap Oriental). *Hambisela: Vers l" Excellence dans la Paralysie Cérébrale. Une ressource de formation pour les animateurs, parents, donneurs de soins et personnes souffrant de paralysie cérébrale* 2008; disponible sur: **info@hambisela.co.za** ou web: **www.hambisela.co.za**.

4. Mactaggart, I. et G. Murthy, *Le Projet sur les Informateurs Clés du Handicap d'un Enfant, au Bangladesh et au Pakistan. Rapport Principal 2013.* Centre International pour la Preuve de l'Invalidité; Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres.

5. Hartley Sally, et al., *Femmes en Action: Améliorer la qualité de vie des enfants en situation de handicap, 2005, disponible dans: Apprentissage des Aides à moindre coût, sur:* **http://www.talcuk.org/**. *ce livre fournit des idées simples sur la façon dont les communautés locales, à, travers, les groupes des femmes, peuvent apporter du soutien aux enfants souffrant de handicap et leurs familles*.

6. Werner, D., *Disabled village children* Un guide pour les agents de santé communautaires, les travailleurs de la réhabilitation et les familles. 1999: La Fondation Hesperian, sur : **http://hesperian.org**. Chapitres à télécharger gratuitement.

7a. OMS et Banque Mondiale, *Rapport Mondial sur le Handicap,* 2011, OMS: Génève, sur : **http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html**.

7b. Organisation Mondiale de la Santé, *Promotion du Développement de Jeunes Enfants souffrant de Paralysie Cérébrale: Un Guide pour les Travailleurs de la Réhabilitation à un Niveau Moyen.* 1993: Organisation Mondiale de la Santé.

Module 0 et Module 1

8. Craft, M.J., et al. *Les frères et sœurs comme agents pour la promotion d'un statut fonctionnel des enfants souffrant de paralysie cérébrale.* Médecine Développemental & Neurologie chez l'Enfant, 1990. **32**(12): p. 1049-1057.

9. Maloni, P.K., et al. *Perceptions du handicap parmi les mères des enfants en situation de handicap, au Bangladesh: Implications pour la prestation des services de réhabilitation.* Handicap & Réhabilitation, 2010. **32**(10): p. 845-854.

10. Ecole d' Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres, *L'Impact de la prise en charge d'un enfant souffrant de handicap sur la vie de la famille ; leçons apprises du Bangladesh.* Publication à paraître.

11. McConachie, H., et al. *Un Essai randomisé contrôlé des modes alternatifs de fourniture de service aux jeunes enfants souffrant de paralysie cérébrale au Bangladesh* 1.* La Revue Pédiatrique, 2000. **137**(6): p. 769-776.

12. McConachie, H., et al. *Difficultés des mères dans l'utilisation de services d'intervention précoce pour les enfants souffrant de paralysie cérébrale au service Bangladesh.* Enfant: soin, santé et développement, 2001. **27**(1): p. 1-12.

13. McConkey, R., et al. *Parents comme formateurs en matière de handicap dans les pays à faible revenu*. Revue International sur le Handicap, Développement et Education, 2000. **47**(3): p. 309-317.

14. Maulik, P.K. et G.L. Darmstadt, *Handicap de l'Enfant dans les pays à revenus moyens et faibles: aperçu de test, prévention, services, législation, et épidémiologie.* Pédiatrie, 2007. **120**(Supplément 1): p. S1.

15. Mobarak, R., et al. *Prédicateurs de stress chez les mères des enfants souffrant de paralysie cérébrale, au Bangladesh.* Revue de Psychologie Pédiatrique, 2000. **25**(6): p. 427.

16. Rath, S., et al. *Explication de l'impact d'un groupe de femme sur la mobilisation et l'intervention relative aux résultats médicaux des nouveau-nés: test du processus d'évaluation de Ekjut.* BMC Santé Internationale et droits humains de BMC, 2010. 10(1) : p.25.

17. Tripathy, P., et al. *Effet d'une intervention participative avec les groupes de femmes sur les résultats de naissance et de dépression maternelle à Jharkhand et Orissa, Inde: un essai en grappes aléatoire et contrôlé.* The Lancet, 2010. **375**(9721): p. 1182-1192.

18. Varni, J.W., et al. *The PedsQL™ module de l'impact sur la famille: fiabilité et validité préliminaires.* Santé et qualité de vie, 2004. **2**(1): p. 55.

19. O'Toole, B. et R. McConkey, *Chap.3: Encourager Parental la Participation des Parents* dans les *Innovations des pays en développement, pour les personnes en situation de handicaps* 1995, Lisieux Hall Publications *sur :* **http://www.eenet.org.uk/**.

20. Pretty, J.N., et al. *Apprentissage Participatif et Action: Un guide de formateur*. 1995, Londres: Institut International pour l'Environnement et le Développement.

21. Bedford, J., et al. *Raisons pour le non-recours à l'orientation: les enfants en situation de handicaps, identifiés à travers la Méthode d'Informateurs Clés, au Bangladesh.* Handicap & Réhabilitation, 2013(0): p. 1-7.

22. Nesbitt, R., et al. *Prédicteurs du recours à l'orientation chez les enfants souffrant de handicap au Bangladesh-Explorer les barrières, en tant que premier pas vers l'amélioration de la disposition de recours.* Handicap et Réhabilitation, 2011(00):

p. 1-7

Module 2

23. Law, M., et al. *La Mesure Canadienne du Rendement occupationnel: une mesure des résultats de l'ergothérapie.* Revue Canadienne sur l'Ergothérapie, 1990. **57**(2): p. 82-87.

Module 4

24. OMS, *Communiquons: un guide pour les personnes travaillant avec les enfants ayant des difficultés de communication 1997, sur :* **http://www.who.int/disabilities/publications/care/en/index.html**

Module 5

25. Le Centre de Ressource Path, *Toilet Training Your Child*, The Path Resource Centre (du document original de l'Institut Caribéen sur le Retard Mental et autres Handicaps Développementaux), Editeur. Aucune date: Kingston, Jamaïque.
26. Institut Indien de paralysie cérébrale, *Habiller un enfant souffrant de paralysie cérébrale* 1995 sur: **http://www.iicpindia.org/**. Ce site a quelques brochures de documents simples et utiles, sur les différents aspects de la prise en charge d'un enfant en situation de handicap.

Module 6

27. Aboud, F.E. et S. Akhter, *Une évaluation randomisée en grappes d'une stimulation sensible et d'une intervention relative à l'alimentation, au Bangladesh.* Pédiatrie, 2011. **127**(5): p. e1191-e1197.
28. Adams, M., et al. *Difficultés d'alimentation chez les enfants souffrant de paralysie cérébrale: formation des donneurs de soins à moindre coût, à Dhaka, au Bangladesh.* Enfant: soins, santé et développement, 2011.
29. Engle, P.L., M. Bentley, et G. Pelto, *Le rôle des soins des programmes de nutrition: recherche actuelle et programme de recherche.* Procédures de la Société de Nutrition, 2000. **59**(01): p. 25-35.
30. Gangil, A., et al. *Problèmes d'alimentation chez les enfants souffrant de paralysie cérébrale* Pédiatrie Indienne, 2001. **38**(8): p. 839-846.
31. Gisel, E.G., et al. *Gestion de l'Alimentation chez les Enfants souffrant de Paralysie Cérébrale Sévère et d'Incapacité d'Alimentation.* Physiothérapie & Ergothérapie en Pédiatrie, 2003. 23(2) : p.19-44
32. Gottlieb, C.A., et al. *Dépistage de Handicap chez l'Enfant, nutrition, et apprentissage précoce dans 18 pays à revenus moyens et faibles: données de la troisième partie de l'Enquête en Grappes à Indicateurs Multiples de l'UNICEF (2005-06).* Lancet, 2009. (9704): p. 1831-9.
33. Hurley, K.M., et al. *Les symptômes maternels du stress, de la dépression, et de l'anxiété sont liés aux styles non-réactifs d'alimentation dans un échantillon national de WIC participants.* La Revue de nutrition, 2008. **138**(4): p. 799.
34. Moore, A.C., Akhter, S., & Aboud, F. E., *Alimentation complémentaire adaptée au milieu rural du Bangladesh.* Science Sociale & Médicine, 2006. **62**: p. 1917-1930.
35. Tompsett, J., A. Yousafzai, et S. Filteau, *Le statut nutritionnel des enfants souffrant de handicap au Nigeria: une étude transversale.* Revue Européenne de la nutrition clinique, 1999. **53**(12): p. 915.
36. Wu, L., et al. *Association entre statut nutritionnel et contrôle positif du handicap chez l'enfant, utilisant les dix questions plus les outils en Sarlahi, au Népal.* Revue de santé, population, et nutrition, 2010. **28**(6): p. 585.
37. Yousafzai, A.K., S. Filteau, et S. Wirz, *Les difficultés d'alimentation chez les enfants souffrant de handicaps, conduisent à la malnutrition: expérience dans un bidonville de l'Inde. Revue* Britannique de Nutrition, 2003. **90**(06): p. 1097-1106.
38. Yousafzai, A.K., et al. *Croyances, dans les familles, sur les pratiques alimentaires et de nutrition pour les enfants en situation de handicaps, à Dharavi, Mumbai.* Revue Internationale de Recherche sur la Réhabilitation, 2003. **26**(1): p. 33.

Modules 8-9

Ce sont des Modules presque identiques qui traitent du Handicap et des Droits.
39. CREATE. *C'est une organisation non-gouvernementale basée à Pietermaritzburg, en Afrique du Sud, qui se focalise sur le plaidoyer pour les droits des personnes souffrant de handicaps et la réhabilitation à base communautaire. Il y'a de nombreuses ressources liées au handicap et aux droits sur :* **http://www.create-cbr.co.za/**.
40. Coe, S. et L. Wapling, *Voyager ensemble* 2012, Vision du Monde: Milton Keynes, disponible sur : **http://www.worldvision.org.uk/what-we-do/advocacy/disability/travelling-together-publication/**
41. Handicap International. *Un outil de formation sur la Convention des NU relative aux droits des personnes en situation de handicaps, 2012, disponible en ligne sur :* **http://www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/indexen.html**
42. Save the Children, *See Me, Hear Me: Un guide d'utilisation de la Convention de NU sur les Droits des Personnes souffrant de Handicaps, pour promouvoir les droits des enfants, 2009.* Save The Children de Londre, disponible sur: **http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/see-me-hear-me-guide-using-un-convention-rights-person-disabilities-promote**
43. Harknett, S., et al. *Développer des méthodes d'évaluation rurales participatives, avec les personnes handicapées. Un projet pilot des Services de Développement en faveur des Handicapés de Pursat (DDSP), dans la province de Pursat, Cambodge*, dans *Connaissance et Recherche sur le Handicap,* Février–Avril 2005.

Module 10: Aides Techniques

44. Motivation, *Motivation est une ONG international qui soutient les personnes souffrant de déficiences motrices. Elle a une expertise spécifique dans la conception de fauteuils roulants à moindre coût. Plus de détails sur :* **www.motivation.org.uk.**
45. OMS. *Directives sur la fourniture de fauteuils roulants manuels dans les milieux pauvres en ressources* 2008; sur: **http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/index.html**.
46. OMS. *Document de Synthèse Conjoint sur la fourniture des dispositifs de mobilité dans les milieux pauvres en ressource*.

2011; disponible sur:
http://www.who.int/disabilities/publications/technology/jpp_final.pdf
47. *Dispositifs/équipements à moindre coût qui peuvent être fabriqués avec du papier*. Disponible sur:
http://www.cerebralpalsyafrica.org and **www.paperfurnitureenterprise.com**
48. TIMION: Une organisation Sud-Africaine spécialisée dans l'élaboration de dispositifs d'assistance.
http://www.timion.org/vision_english.html. Ils donnent des directives pratiques sur le choix et la dimension de l'équipement.

Suivi et Evaluation

Ces références M&E participatives ressortent dans tous les modules.
49. Association Italienne Amici di Raoul Follereau (AIFO), *Promouvoir l'autonomisation, Recherche Emancipatrice dans les Programmes de Réhabilitation à base communautaire: Un Guide pour les responsables du Programme RBC,* 2012, AIFO: Bologne, sur : **http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/Promoting_empowerment_final_ultra_light_version.pdf**.
50. Johnston, J., *Méthodes, Outils et Instruments à Utiliser avec les Enfants.* Note Technique sur la Vie des Jeunes Notent, 2008. **11**.
51. McConachie, H., et al. *Participation des enfants souffrant de handicap: comment cela, peut-il être caractérisé et mesuré?* Handicap & Réhabilitation, 2006. **28**(18): p. 1157-1164.
52. McNamara et Moreton, *Cité par Messiou K, dans Encourager les enfants par des moyens plus inclusifs, de Brit J Spec Ed, 2008. 35(1): p. 26-32.* 2005.
53. Messiou K, *Encourager les enfants par des moyens plus inclusifs.* Brit J Spec Ed, 2008. 35(1): p. 26-32.
54. Morris, A., A. Sharma, et D. Sonpal, *Travail axé sur l'inclusion: expériences du handicap et PRA, disponible sur : http://pubs.iied.org/G02138.html*, dans l'apprentissage et l'action *participatifs 52: Question générale*. Aout 2005.
55. Davies, R. aet J. Dart. *La Technique du 'Changement le Plus Significatif' (MSC): Un Guide pour son utilisation", pary Rick Davies et Jess Dart* 2005; sur: **http://www.mande.co.uk/docs/MSCGuide.htm**
56. Hartley, S., et al. *Utiliser les partenariats communautaires/recherches pour développer une intervention pertinente au niveau culturel pour les enfants ayant des déficiences de communication au Kenya.* Handicap & Réhabilitation, 31:6,490 — 499, 2009.
57. Miles, S., et al. *Education pour la diversité: le rôle du réseautage dans la lutte contre la marginalisation des personnes souffrant de handicap, au Bangladesh.* Comparer: Une revue d'Education Comparative Internationale, 2012. **42**(2): p. 283-302.

Références originales de Hambisela

Des idées de plusieurs sources nous ont aidé à développer le programme de Hambisela. Les documents et les références ont été particulièrement utiles, comme sources ou inspiration sur la façon de présenter la formation. Et nous tenons à souligner leur utilisation. Dans beaucoup de cas, nous avons été autorisés à utiliser les photos. Là où la permission ne pouvait être obtenue, les visages ont été retouchés pour protéger l'identité.

- "Disabled Village Children – Un guide pour les agents de santé communautaire, les travailleurs de la réhabilitation et les familles", David Werner, La Fondation Hesperian, Berkeley (1999).
- "Promouvoir le Développement des Jeunes Enfants souffrant de Paralysie Cérébrale – Un guide pour les travailleurs de la réhabilitation à niveau moyen", Organisation Mondiale de la Santé, Genève (1993).
- " Communiquons – Un manuel pour les personnes travaillant avec les enfants ayant des difficultés de communication", Organisation Mondiale de la Santé, Genève (1997).
- " Réhabilitation à base communautaire – Formation et Guide", Organisation Mondiale de la Santé, Genève (1989).
- "Paralysie cérébrale, ga se boloi (ce n'est pas de la sorcellerie)", Département de Physiothérapies du Centre de Gelukspan, Reakgona.
- "Manuel du roupe de l'Hôpital CP de Polokwane", Hôpital de Polokwane.
- "Travailleurs de la Réhabilitation à base communautaires – un manuel de formation de l'Afrique du Sud ", Marian Loveday, Projet SACLA Santé, Cape Town (1990)
- Manuels de Foden 1-4, Centre Foden, Est Londonien (1999).
- "Pratique des nouveaux moyens d'alimenter votre enfant à la maison", Diane Novotny, Discours, Langage et alimentation. Thérapeute, Cap Occidental, Association CP & Hôpital Pédiatrique de la Croix Rouge, Cape Town (circa 2006)
- "Apprentissage pour la Vie", Masifunde 2002, Développement du Personnel, Centres de Soins Spéciaux, Santé Mentale du Cap..
- "L'Education des Travailleurs de la Réhabilitation à niveau moyen", Organisation Mondiale de la santé, Genève (1992).
- "Prévention du Handicap et Réhabilitation dans les Soins de Santé Primaire– Un guide pour les districts de santé et les responsables de la réhabilitation", Organisation Mondiale de la Santé, Genève (1995).
- " Prévention du Handicap et Réhabilitation – Un guide pour le renforcement du programme des soins de base", Organisation Mondiale de la Santé, Genève (1996).

Sites web supplémentaires utiles pour l'Accès aux Ressources

EENET (Permettre le Réseau d' Éducation) site web : **http://www.eenet.org.uk/**
SOURCE **http://www.asksource.info/res_library/disability.htm**
MAITS sur : **http://www.maits.org.uk/**. MAITS existe pour donner plus d'autonomie aux systèmes de l'éducation et la santé pour renforcer et développer les services. Il aide les individus souffrant de handicaps des milieux pauvres en ressource, à travers le partage de connaissance et la pratique.