



MANUEL DE PLANIFICATION ET DE SUIVI DES STRATÉGIES NATIONALES

POUR LES SOINS DE L'OREILLE
ET DE L'AUDITION.



Organisation
mondiale de la Santé

L'image de couverture a été développée en collaboration avec l'Institut de l'Ida et de la Centre Chine de la recherche et de réadaptation pour les enfants sourds, Beijing Chine.



MANUEL DE PLANIFICATION ET DE SUIVI DES STRATÉGIES NATIONALES

**POUR LES SOINS DE L'OREILLE
ET DE L'AUDITION.**



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Manuel de planification et de suivi des stratégies nationales pour les soins de l'oreille et de l'audition.

1.Perte d'audition – prévention et contrôle. 2.Perte d'audition – épidémiologie. 3.Ouïe. 4.Maladies des oreilles – prévention et contrôle. 5.Programmes nationaux de santé..l.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254947 8 (Classification NLM : WV 270)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

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

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

TABLE DES MATIÈRES

4	Acronymes utilisés dans ce manuel
5	Remerciements
6	RÉSUMÉ D'ORIENTATION
8	INTRODUCTION
10	ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE NATIONALE POUR LES SOINS DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION
12	1. PHASE DE PRÉPLANIFICATION
12	1.1 Plaidoyer initial
12	1.2 Gouvernance au niveau national
14	1.3 Groupes spéciaux et sous-groupes
16	2. PHASE DE PLANIFICATION
17	2.1 Étape 1. Où en sommes-nous actuellement ?
18	2.2 Étape 2. Où voudrions-nous être ?
21	2.3 Étape 3. Comment y parvenir ?
24	2.4 Étape 4. Y parvenir
24	2.5 Autres questions importantes
26	3. SUIVI ET ÉVALUATION
26	3.1 Suivi
28	3.2 Évaluation
28	3.3 Retour d'informations et consolidation
31	Annexe 1. Approche appliquée aux systèmes de santé
32	Annexe 2. Services
34	Annexe 3. Indicateurs possibles
35	Annexe 4. Volets d'un plan stratégique national
36	Autres références bibliographiques

ACRONYMES UTILISÉS DANS CE MANUEL

EHCSAT	outil d'évaluation de la situation en matière de soins de l'oreille et de l'audition
MOS	mode opératoire standardisé
NCEHH	comité national pour la santé de l'oreille et de l'audition
NEHC	coordonnateur national pour la santé de l'oreille et de l'audition
OMC	otite moyenne chronique
ONG	organisation non gouvernementale
ORL	otorhinolaryngologiste
PEHC	soins primaires de l'oreille et de l'audition
RC	réhabilitation dans la communauté
SWOT	points forts, points faibles, opportunités et menaces
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

REMERCIEMENTS

Le présent document a été rédigé par Shelly Chadha de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève (Suisse) et par Andrew Smith de la London School of Hygiene and Tropical Medicine à Londres (Angleterre). Il a été révisé au sein de l'OMS par Alarcos Cieza, Alison Harvey et Etienne Krug.

Il a grandement bénéficié des observations et suggestions émises par les examinateurs suivants : Mazin Al Khabori, Linda J. Hood, Bradley McPherson, Wakisa Mulwafu et Daksha Patel.

Ses bases conceptuelles ont été définies dans leurs grandes lignes lors de la consultation ad hoc de l'OMS sur la promotion

des soins de l'oreille et de l'audition dans les États Membres, organisée au siège de l'OMS à Genève les 1er et 2 avril 2015. Ont participé à cette réunion : Arun Kumar Agarwal, Mazin Al-Khabori, Pierre Anhoury, José Barajas, Xingkuan Bu, Louise Carroll, Lucy Carter, Charlotte M. Chiong, Michael Chowen, Jackie L. Clark, Suneela Garg, Christian Garms, Khalid Abdul Hadi, Alejandro Hernández, Linda J. Hood, Isaac Macharia, Thierry Mom, Alfred Mwamba, Katrin Neumann, Augusto Peñaranda, Suchitra Prasansuk, Diego Santana, Sandhya Singh, Andrew W. Smith, George Tavartkiladze et Jean Wilson.



RÉSUMÉ D'ORIENTATION

De nombreuses causes de perte auditive peuvent être prévenues ou minorées. En outre, les personnes chez lesquelles apparaît une perte d'audition peuvent tirer un bénéfice d'interventions appropriées et administrées en temps utile. Les profils et les causes des pertes d'audition varient grandement d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région, tout comme la disponibilité des infrastructures et des ressources pour y répondre. Il est donc essentiel que chaque pays mette au point son propre plan stratégique pour faire face aux pertes d'audition et à leurs causes.

La stratégie en matière de soins de l'oreille et de l'audition devra avoir pour objectif de réduire la prévalence, l'incidence et l'impact des pertes auditives dans la collectivité, par des démarches de santé publique intégrées au système de santé et à la prestation de services. La mise au point d'un plan stratégique holistique et intégré constitue la première étape dans la fourniture de services de soins de l'oreille et de l'audition efficaces et durables.

Le présent manuel propose des orientations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une telle stratégie. Il peut être utilisé en association avec l'outil d'analyse de la situation en matière de soins de l'oreille et de l'audition, qui fournit un cadre détaillé à l'analyse initiale de la situation.

Le processus de planification d'une stratégie nationale pour les soins de l'oreille et de l'audition comprend les phases suivantes.

1. PHASE DE PRÉPLANIFICATION

Il est essentiel de plaider la nécessité de faire face aux maladies de l'oreille et aux pertes auditives en vue de sensibiliser et mobiliser les parties prenantes clés. Un plaidoyer efficace suppose une communication efficace, adaptée et visant séparément le grand public, les décideurs politiques, les administrateurs de programmes et les pourvoyeurs de fonds, pour les rendre plus perméables à cette problématique. Cette démarche contribuera à mobiliser les engagements politiques et les ressources nécessaires pour la planification et l'élaboration d'une stratégie.

Le processus de planification et de mise en œuvre devra être dirigé par le ministère de la santé, mais avec le mandat clairement défini de faire participer d'autres secteurs. Un coordonnateur national de la santé de l'oreille et de l'audition devra être nommé au ministère de la santé pour prendre en charge le processus de planification et de mise en œuvre.

Il devra être appuyé par une structure administrative solide. Il faudra également constituer un comité national multisectoriel formel pour la santé de l'oreille et de l'audition, présidé par le ministère de la santé. Les parties prenantes clés identifiées dans le cadre du recensement des parties prenantes devront être membres de ce comité. Celui-ci devra appuyer le coordonnateur, qui, lui-même, devra assumer la responsabilité des activités du comité.

Le comité national peut mettre sur pied un petit groupe spécial chargé d'élaborer des projets de sections pour le document exposant la stratégie nationale. D'autres sous-groupes pourront être établis pour traiter des aspects techniques, de la formation, de développement des infrastructures, des équipements, des aspects financiers, des activités de plaidoyer et du suivi ainsi que d'autres questions, selon qu'il convient. Le bureau du coordonnateur national devra assurer la coordination générale.

2. PLANIFICATION

Le processus de planification peut s'organiser autour des questions suivantes.

- **Où en sommes-nous actuellement ?** Effectuer une analyse de la situation en matière de besoins et de ressources ainsi qu'une analyse des points forts, des points faibles, des opportunités et des menaces (SWOT) pour décrire la situation actuelle dans votre pays en ce qui concerne la santé de l'oreille et de l'audition. L'outil d'analyse de la situation en matière de soins de l'oreille et de l'audition peut être utilisé pour réaliser cette première étape.

- **Où voulons-nous aller ?** Les priorités devront être définies en fonction de l'ampleur et de l'impact des diverses causes de perte auditive, ainsi que de la faisabilité et du coût estimé des interventions. Une déclaration présentant une vision claire devra être élaborée en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes. Le but et les objectifs SMART^a de la stratégie devront ensuite être précisés.
- **Comment y parviendrons-nous ?** Déterminer les activités nécessaires pour réaliser chacun des objectifs stratégiques. Pour chacune de ces activités, identifier les étapes de mise en œuvre, dresser une liste claire et logique des actions à accomplir avec un calendrier, établir un budget et identifier les personnes responsables. Mettre au point des indicateurs et des outils de suivi simultanément. S'assurer que les ressources nécessaires au programme sont disponibles.

Une fois le plan approuvé, sa mise en œuvre peut débuter, en principe par étapes. Une phase pilote peut être menée dans une population ou une zone géographique limitée. En fonction des retours d'informations, des changements peuvent être pratiqués et d'autres interventions ajoutées lors de la phase d'expansion. Les ressources humaines et financières devront être gérées avec soin tout au long du processus.

3. SUIVI ET ÉVALUATION

- Le suivi est un processus continu qui compare l'état actuel d'un projet avec ses buts, ses objectifs et ses activités annoncés. Il fournit un retour d'informations régulier concernant les étapes décisives ayant été franchies et un moyen d'alerte précoce lorsque des problèmes apparaissent. Il devra être coordonné par le coordonnateur national, qui utilisera pour ce faire un jeu approprié d'indicateurs et d'outils de suivi mesurant les activités et les réalisations au jour le jour. Il importe que les informations obtenues grâce au suivi soient retransmises aux équipes sur le terrain qui ont recueilli les données.
- L'évaluation est un exercice s'opérant à un moment donné, qui apprécie de manière systématique et objective la pertinence, les résultats et le succès du plan stratégique. La date de cette évaluation, sa mission et son coût devront être déterminés pendant la phase de planification et les ressources nécessaires affectées. Les résultats de cette évaluation devront revenir au plan stratégique, qui sera modifié en conséquence.

^aSMART : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel.



INTRODUCTION

On estime que 360 millions de personnes de par le monde souffrent d'une perte d'audition handicapante. Cette perte auditive exerce un impact non seulement sur l'individu concerné, mais également sur sa famille, la collectivité et le pays.

De nombreuses causes de perte auditive peuvent être prévenues ou atténuées, et notamment l'otite moyenne, l'exposition à un bruit excessif, l'exposition à des substances ototoxiques et les maladies infectieuses évitables par la vaccination, comme la méningite, la rougeole, les oreillons et la rubéole. Il importe que cette perte d'audition soit diagnostiquée précocement et que des interventions appropriées soient mises en œuvre. Nombre d'infections de l'oreille comme l'otite moyenne peuvent être prises en charge efficacement par des approches médicales et chirurgicales. Dans d'autres cas, les personnes souffrant d'une perte d'audition peuvent bénéficier de l'utilisation de dispositifs auditifs tels que des aides auditives, des dispositifs d'écoute assistée et des implants cochléaires. La prestation de services doit sortir du domaine clinique et s'intégrer à l'ensemble du système de santé et au-delà, pour appuyer les services éducatifs et professionnels.

Un récent rapport de l'OMS^a a révélé le nombre insuffisant des plans stratégiques nationaux pour faire face aux maladies de l'oreille et aux pertes d'audition dans les États Membres de cette organisation. Les ressources humaines dispensant les soins de l'oreille et de l'audition sont inégalement réparties et se concentrent bien plus fortement dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire supérieur que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur. En 1995, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA48.9, qui invitait instamment les États Membres à élaborer des plans nationaux pour prévenir et combattre les principales causes de perte d'audition évitables, et dépister et prendre en charge précocement ces problèmes dans le cadre du système de soins de santé primaires. Une consultation sur la promotion des soins de l'oreille et de l'audition dans les États Membres s'est tenue au siège de l'OMS à Genève (Suisse) les 1^{er} et 2 avril 2015. Lors de cette réunion, il a été convenu que l'OMS devrait mettre au point des outils techniques pour aider les États Membres dans la planification et l'application de stratégies nationales pour les soins de l'oreille et de l'audition.

Ce manuel fait partie de ces outils et fournit des orientations pour l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de soins de l'oreille et de l'audition. Il présente dans ses grandes lignes le processus de planification, en s'intéressant tout particulièrement aux aspects pratiques, reconnaissant que chaque pays a des priorités qui lui sont propres et des ressources qui diffèrent de celles des autres États. Il s'intègre dans une série de publications sur la planification et le suivi des services de soins de l'oreille et de l'audition. Il est accompagné d'un outil qui facilite l'analyse de la situation en matière de soins de l'oreille et de l'audition dans le système de santé. L'une des publications à venir portera sur les composantes des plans nationaux pour les soins de l'oreille et de l'audition.

Le terme « soins de l'oreille et de l'audition » désigne des interventions complètes et reposant sur une base factuelle visant à prévenir, identifier et traiter les maladies de l'oreille et les pertes auditives ainsi qu'à rééduquer les personnes souffrant de telles déficiences et à leur apporter un soutien par le biais du système de santé et en collaboration avec d'autres systèmes. Les soins primaires de l'oreille et de l'audition sont définis comme des interventions efficaces et d'un bon rapport coût/efficacité contre les troubles de l'oreille et de l'audition, pouvant être mises en œuvre au niveau des soins primaires par du personnel chargé des soins primaires de l'oreille et de l'audition ou des soins de santé primaires ou leurs équivalents, et qui auront un impact majeur sur la charge de morbidité due aux maladies de l'oreille et aux pertes auditives si elles sont utilisées à grande échelle.

La stratégie nationale pour les soins de l'oreille et de l'audition devra avoir pour objectif de réduire la prévalence, l'incidence et l'impact des pertes auditives dans la collectivité, par des approches de santé publique intégrées au système de santé et à la prestation de services dans le pays. Elle devra être principalement axée sur :

- la prévention des pertes auditives, y compris la prévention primordiale ;^b
- leur identification et leur traitement précoces ;
- l'habilitation à la réhabilitation ;
- les services de soutien.

Les stratégies pour les soins de l'oreille et de l'audition devront donner la priorité à la prestation de services à l'intention de la collectivité et aux soins de santé de niveau primaire, ainsi qu'au renforcement des niveaux secondaires et tertiaires des infrastructures de soins afin de garantir la complétude des soins à tous les niveaux. Elles devront reposer sur les principes de la couverture sanitaire universelle.

^a *Évaluation multipays des capacités de prise en charge des troubles de l'audition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/pbd/publications/WHOREportHearingCare_Frenchweb.pdf, consulté le 6 novembre 2015).

^b La prévention primordiale aspire à mettre en place et à maintenir des conditions visant à limiter le plus possible les dangers pour la santé. Elle consiste en des actions et des mesures qui empêchent l'émergence et l'instauration de conditions environnementales, économiques, sociales et comportementales ainsi que de schémas culturels de vie connus pour accroître le risque de maladie (tiré de : A Dictionary of Public Health par John M. Last).



**ÉLABORATION ET MISE EN
ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE
NATIONALE POUR LES
SOINS DE L'OREILLE ET
DE L'AUDITION**

L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique national pour les soins de l'oreille et de l'audition seront habituellement dirigées ou coordonnées par le gouvernement national, souvent en collaboration avec des organisations non gouvernementales (ONG) locales ou internationales.

La stratégie devra s'appuyer sur le système de santé national et les services devront s'intégrer au système de délivrance des soins de santé du pays. Cette démarche en faveur des soins de l'oreille et de l'audition devra être multisectorielle, élaborée à partir d'éléments factuels, adaptée au contexte culturel et en conformité avec les recommandations de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.^a Elle devra prendre en compte les derniers progrès technologiques et faire appel aux réseaux disponibles pour développer et renforcer les capacités.

Le présent manuel détaille les étapes dans la planification et la mise en œuvre d'une stratégie nationale ou infranationale pour les soins de l'oreille et de l'audition (voir **Figure 1**).

1. LA PHASE DE PRÉPLANIFICATION,

y compris les activités de plaidoyer et la mise en place d'un comité national.

2. LA PLANIFICATION PROPREMENT DITE :

- l'analyse de la situation,
- la fixation des priorités et la définition de la vision, du but et des objectifs,
- la planification des activités, du calendrier et du budget.

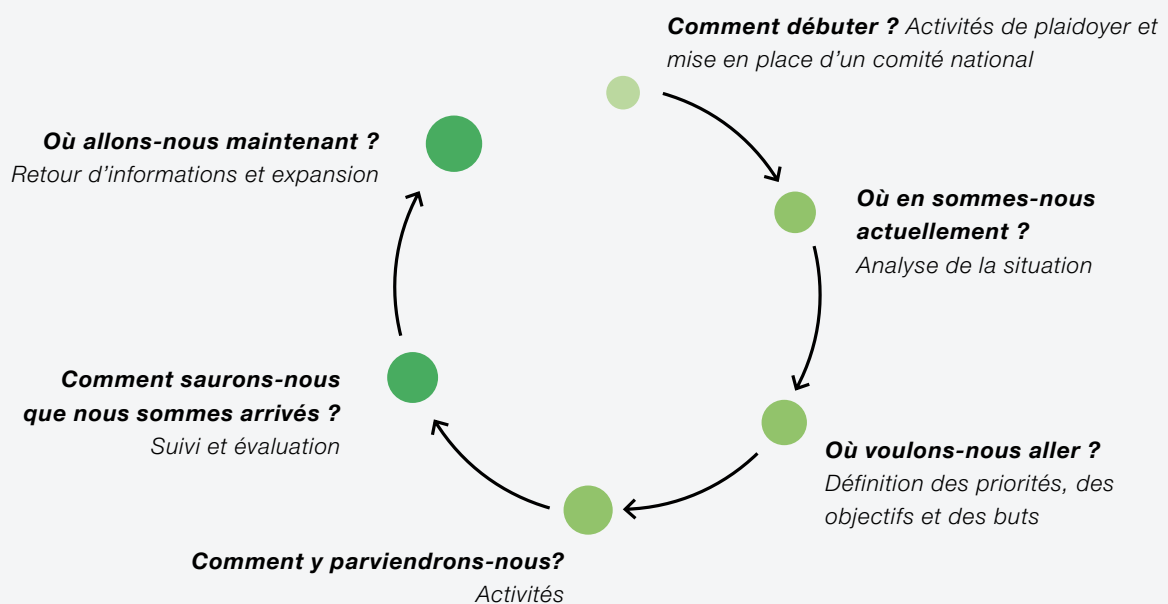
3. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION :

- le suivi est un processus continu, faisant appel à des outils et à des indicateurs pour évaluer les progrès du projet et améliorer les performances,
- l'évaluation fournit une estimation objective du succès de la stratégie.

La planification est un processus dynamique, dont le cycle devra se répéter à intervalles périodiques pour prendre en compte les faits nouveaux.

^a Convention relative aux droits des personnes handicapées, Nations Unies, 2007
<http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>.

FIGURE 1. PRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DU CYCLE DE PLANIFICATION ET DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR LES SOINS DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION



1 PHASE DE PRÉPLANIFICATION

Certaines actions doivent être initiées avant même que le processus de planification ne soit mis en route.

1.1 PLAIDOYER INITIAL

Il sera probablement nécessaire de plaider la nécessité d'une stratégie nationale avant que la planification ne commence. On fera appel aux éléments de preuve locaux et mondiaux pour sensibiliser les décideurs à l'ampleur du problème, aux possibilités d'interventions fructueuses et au coût social et économique de l'absence d'interventions. Ce plaidoyer devrait aider à convaincre et à obtenir le soutien du gouvernement et d'autres parties prenantes.

Un plaidoyer réussi se fonde sur une communication efficace, adaptée et visant séparément le grand public, les décideurs politiques, les administrateurs de programmes et les pourvoyeurs de fonds pour les sensibiliser. Il contribuera à mobiliser les engagements politiques et les ressources nécessaires pour la planification et l'élaboration de la stratégie.

Ce plaidoyer peut s'appuyer sur les éléments suivants (cette liste n'étant pas exhaustive) :

- une estimation exacte de l'ampleur du problème (établie, par exemple, à partir d'une enquête en population rigoureuse sur les troubles de l'audition) ;
- des preuves des liens entre perte d'audition et pauvreté et de l'impact des déficiences auditives sur la qualité de vie ;
- le bon rapport coût/efficacité des interventions en regard du coût des pertes auditives ;
- les bénéfices économiques documentés de la prévention, du traitement et de la réhabilitation des pertes auditives, notamment par un renforcement de la fourniture de soins de l'oreille et de l'audition ;
- des preuves du succès d'une telle stratégie, par exemple dans la réduction de la prévalence des pertes d'audition avec le temps.

1.2 GOUVERNANCE AU NIVEAU NATIONAL

Une fois la décision prise de lancer la planification, le processus devra être dirigé par le ministère de la santé, mais avec le mandat clair de faire participer d'autres secteurs. Ce ministère devra avoir une position claire déjà partagée par l'ensemble des programmes sanitaires intéressés et impliquant ces programmes (voir **Encadré 1**).

Un coordonnateur national pour la santé de l'oreille et de l'audition (NEHC) devra être nommé pour prendre en charge l'élaboration de la stratégie. Cette personne et le département du ministère de la santé qui dirigera le processus de planification devront être clairement identifiés et disposer des compétences nécessaires pour s'acquitter de cette mission.

Le rôle essentiel du coordonnateur est de contribuer à guider le processus de planification et de mise en œuvre, en s'assurant que toutes les personnes concernées œuvrent ensemble vers le but défini. Si ce coordonnateur ne connaît pas, sur le plan technique ou programmatique, les difficultés de la prévention et de la prise en charge des pertes d'audition, un conseiller connaissant bien cette problématique devra être nommé.

Les principales responsabilités du coordonnateur national sont présentées dans l'**Encadré 2**.

ENCADRÉ 1. PROGRAMMES SANITAIRES DEVANT PARTICIPER À LA PLANIFICATION DE LA STRATÉGIE POUR LES SOINS DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION

- Santé maternelle
- Santé de l'enfant et de l'adolescent
- Santé en milieu scolaire
- Santé au travail
- Santé environnementale
- Santé publique
- Programmes à l'intention des personnes âgées
- Santé mentale
- Lutte contre la tuberculose et le paludisme
- Lutte contre les maladies non transmissibles
- Incapacité et réhabilitation.

ENCADRÉ 2. PRINCIPALES RESPONSABILITÉS D'UN COORDONNATEUR NATIONAL POUR LA SANTÉ DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION

- Élaboration de politiques et planification
- Coordination des réunions du comité national et des groupes spéciaux
- Appuyer, superviser et suivre le personnel du bureau du coordonnateur national
- Rendre compte des progrès dans la planification et la mise en œuvre de la stratégie au comité national
- Plaider auprès de toutes les parties prenantes
- Maintenir une bonne communication avec l'ensemble des parties prenantes
- Renforcer les capacités du personnel et des coordonnateurs dans le pays
- Faciliter les achats de médicaments et d'équipements nécessaires

Le coordonnateur national devra rendre compte à un comité national (voir ci-après), qui lui-même appuiera le travail du bureau du coordonnateur. Le coordonnateur procédera à des communications, coordonnera les sous-groupes et les groupes spéciaux (voir section 1.3) et sera disponible pour répondre aux questions et aux préoccupations relatives à la stratégie pour les soins de l'oreille et de l'audition.

Un comité national multisectoriel formel pour la santé de l'oreille et de l'audition (NCEHH) devrait être mis sur pied par le ministère de la santé et présidé par un membre enthousiaste et influent de ce ministère. Ce président devra avoir le pouvoir d'influer sur les décisions de planification au sein du ministère et de motiver les différentes parties prenantes à collaborer. Parmi les membres du comité devront figurer les parties prenantes clés identifiées lors d'un recensement des parties prenantes. Les parties prenantes internes et externes pourront être sélectionnées sur la base de leur niveau d'intérêt et de leur capacité à influencer sur les évolutions au niveau local. L'**Encadré 3** présente les membres qui figureront probablement dans ce comité et l'**Encadré 4** les principaux rôles de celui-ci.

Il est très utile que les membres du comité comprennent comment les décisions sont prises et comment les ressources sont affectées à l'intérieur du gouvernement. Cette compréhension peut nécessiter l'intervention d'autres bureaux tels que celui des affaires étrangères et celui du président ou du premier ministre.

Le rôle du comité national peut varier dans une certaine mesure en fonction de la structure du système de santé, du nombre de parties prenantes et des problèmes particuliers de santé de l'oreille rencontrés dans le pays. Ce comité devra avoir un mandat clair et des procédures de travail bien définies. Au départ, il devra établir un plan de travail clair pour l'élaboration, l'adoption, la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique et pour tout autre activité qu'il juge nécessaire.

ENCADRÉ 3. MEMBRES POTENTIELS D'UN COMITÉ NATIONAL POUR LA SANTÉ DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION

A. INSTITUTIONS GOUVERNEMENTALES

- Ministère de la santé
- Ministère de la protection sociale ou de la justice et de l'autonomisation
- Ministère de l'éducation
- Ministère du travail
- Ministère de l'environnement
- Ministère des finances ou de la planification
- Ministère des travaux publics
- Responsables de la réglementation sanitaire de la province ou de l'État (si le système est décentralisé)

B. AUTRES INSTITUTIONS

- Institutions des Nations Unies, telles que l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
- Organisations non gouvernementales nationales et internationales œuvrant dans les domaines de l'audition, de la vision, du handicap, des soins aux enfants et autres
- Principaux donateurs

C. PROFESSIONNELS ET UNIVERSITAIRES

- Experts travaillant pour des établissements d'enseignement ou de recherche, et notamment chercheurs en médecine biologique, en économie et en recherche opérationnelle.
- Experts de premier plan en otologie, en audiologie, en santé de l'enfant, en santé maternelle, en gériatrie et en formation à la santé
- Experts en santé publique
- Représentants des organisations professionnelles nationales d'otorhinolaryngologistes, d'audiologues, d'orthophonistes, de techniciens concernés, de fournisseurs d'aides auditives, d'enseignants et d'autres groupes professionnels pertinents exerçant dans le pays
- Représentants du secteur privé de la santé

D. GROUPES APPARTENANT À LA SOCIÉTÉ CIVILE

- Associations de personnes sourdes ou malentendantes
- Groupes plaidant pour les droits des personnes handicapées
- Associations de parents

E. PARTENAIRES INDUSTRIELS

- Fabricants de dispositifs auditifs et instruments médicaux.

F. SPONSORS FINANCIERS

ENCADRÉ 4. RESPONSABILITÉS DU COMITÉ NATIONAL POUR LA SANTÉ DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION

- Superviser le processus de planification et apporter des conseils aux différents programmes
- Élaborer une stratégie de plaidoyer et obtenir des engagements politiques
- Suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale et évaluer son impact
- Déterminer les besoins en ressources et mobiliser les ressources nécessaires
- Superviser la formation et le développement des ressources humaines

Le rôle du comité national peut varier dans une certaine mesure en fonction de la structure du système de santé, du nombre de parties prenantes et des problèmes particuliers de santé de l'oreille rencontrés dans le pays. Ce comité devra avoir un mandat clair et des procédures de travail bien définies. Au départ, il devra établir un plan de travail clair pour l'élaboration, l'adoption, la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique et pour tout autre activité qu'il juge nécessaire.

Le comité devra se réunir régulièrement, par exemple tous les deux ou trois mois. La fréquence de ses réunions peut être modifiée en fonction des besoins et du stade du processus de planification, de mise en œuvre ou de suivi. Par exemple, les réunions peuvent devoir être plus fréquentes pendant la phase de planification initiale. Si le comité comprend de nombreux membres et s'il est difficile de le convoquer rapidement ou fréquemment, il peut être utile de mettre sur pied un comité exécutif réduit, en mesure de prendre des décisions rapidement entre les réunions du comité principal. Le comité exécutif devra faire rapport et rendre compte au comité principal.

Pour que le processus de planification soit efficace, il importe de parvenir à un consensus entre toutes les parties prenantes. Plus les parties prenantes s'impliquent dans le processus de planification, plus le sentiment d'appropriation et la motivation sont importants et plus la probabilité d'obtenir un consensus est grande. Des efforts doivent être consentis pour les faire participer et recueillir leurs apports. Il n'est pas possible à un groupe particulier d'être impliqué dans la planification. Celui-ci devra néanmoins être tenu informé des faits nouveaux.

1.3 GROUPES SPÉCIAUX ET SOUS-GROUPES

Un petit groupe spécial peut être mis sur pied par le comité national pour élaborer le projet de document stratégique national. Les membres de ce groupe spécial devront collectivement posséder des connaissances sur le système de santé et la démarche sanitaire appliquée aux soins de l'oreille et de l'audition dans le pays, ainsi que sur les aspects médicaux, chirurgicaux, ayant trait à la réhabilitation et sociaux de ces soins. Il devra collaborer étroitement avec l'ensemble des parties prenantes et des membres du comité national et prendre dûment en considération les points de vue et les intérêts de la totalité des parties prenantes participant à l'élaboration de la stratégie.

Le comité national ou le groupe spécial lui-même devra affecter la responsabilité de différents aspects de la stratégie à des membres individuels du groupe spécial. Ce dernier devra élaborer un mécanisme solide de coordination, à la fois entre les membres et les différents États ou provinces et le centre.

Il est important que le comité national définisse des délais pour l'élaboration de la stratégie, la programmation détaillée et la mise en œuvre, et que ces délais soient acceptés par toutes les parties impliquées et enregistrés.

Le comité national peut devoir mettre en place d'autres groupes spéciaux ou sous groupes (Figure 2), comme :

- un groupe technique : pour élaborer des orientations à l'intention de certains programmes prenant part à la stratégie : dépistage chez les nouveau-nés et les nourrissons, dépistage en milieu scolaire, protection de l'ouïe, par exemple ;
- un groupe chargé des activités de plaidoyer : pour identifier les cibles, concevoir les messages clés et préparer des supports, par exemple pour la Journée mondiale de l'audition ;
- un groupe responsable du financement et du budget : pour superviser l'établissement des budgets ainsi que les demandes et les allocations de ressources financières ;
- un groupe chargé de l'approvisionnement : pour se procurer des fournitures et améliorer la logistique en vue du renforcement du système ;
- un groupe chargé de la formation et du développement des ressources humaines : pour élaborer et mettre en œuvre des schémas de formation et formuler des recommandations en vue de la constitution de catégories appropriées de professionnels de la santé de l'oreille et de l'audition ;
- un groupe chargé du suivi : pour mettre au point des outils de suivi et des indicateurs et coordonner ce suivi ainsi que le processus d'évaluation.

Ces groupes et d'autres constitués par le comité national devront faire rapport à ce dernier.

La **Figure 3** montre le processus d'élaboration de la stratégie nationale, qui culmine avec l'obtention d'un plan stratégique opérationnel. Il peut être utile d'organiser un atelier national ou une réunion consultative avant ou après la mise au point de la stratégie nationale. Les attributions de cet atelier devraient

aller au-delà de celles des membres du comité national. Son but devrait être de sensibiliser l'ensemble des acteurs ayant un intérêt dans le domaine et de faire prendre en compte les différents points de vue dans l'élaboration de la stratégie.

FIGURE 2. POSSIBLES DIVISIONS EN SOUS-GROUPES DU COMITÉ NATIONAL

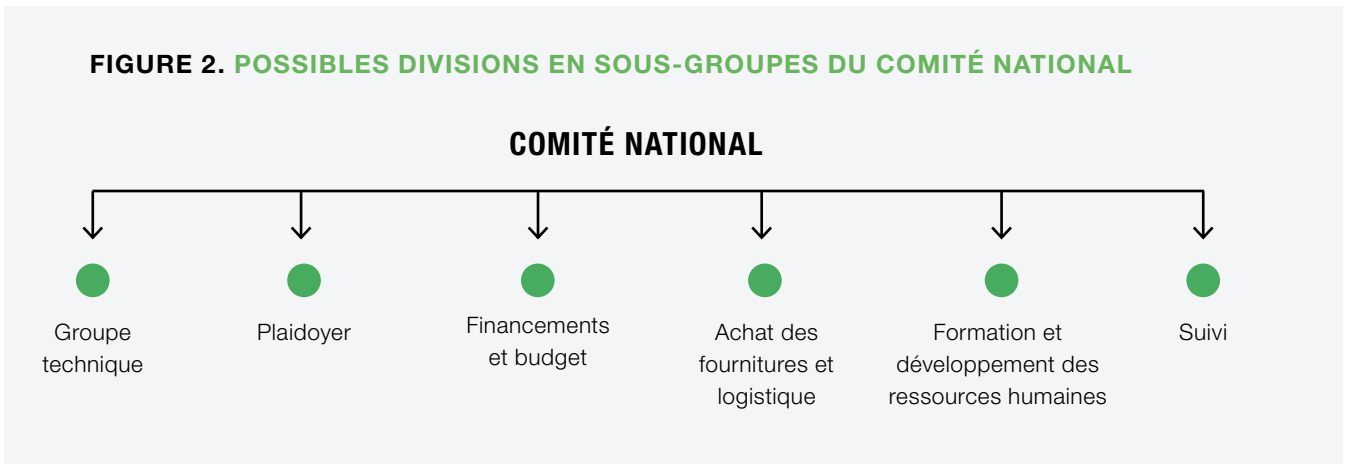
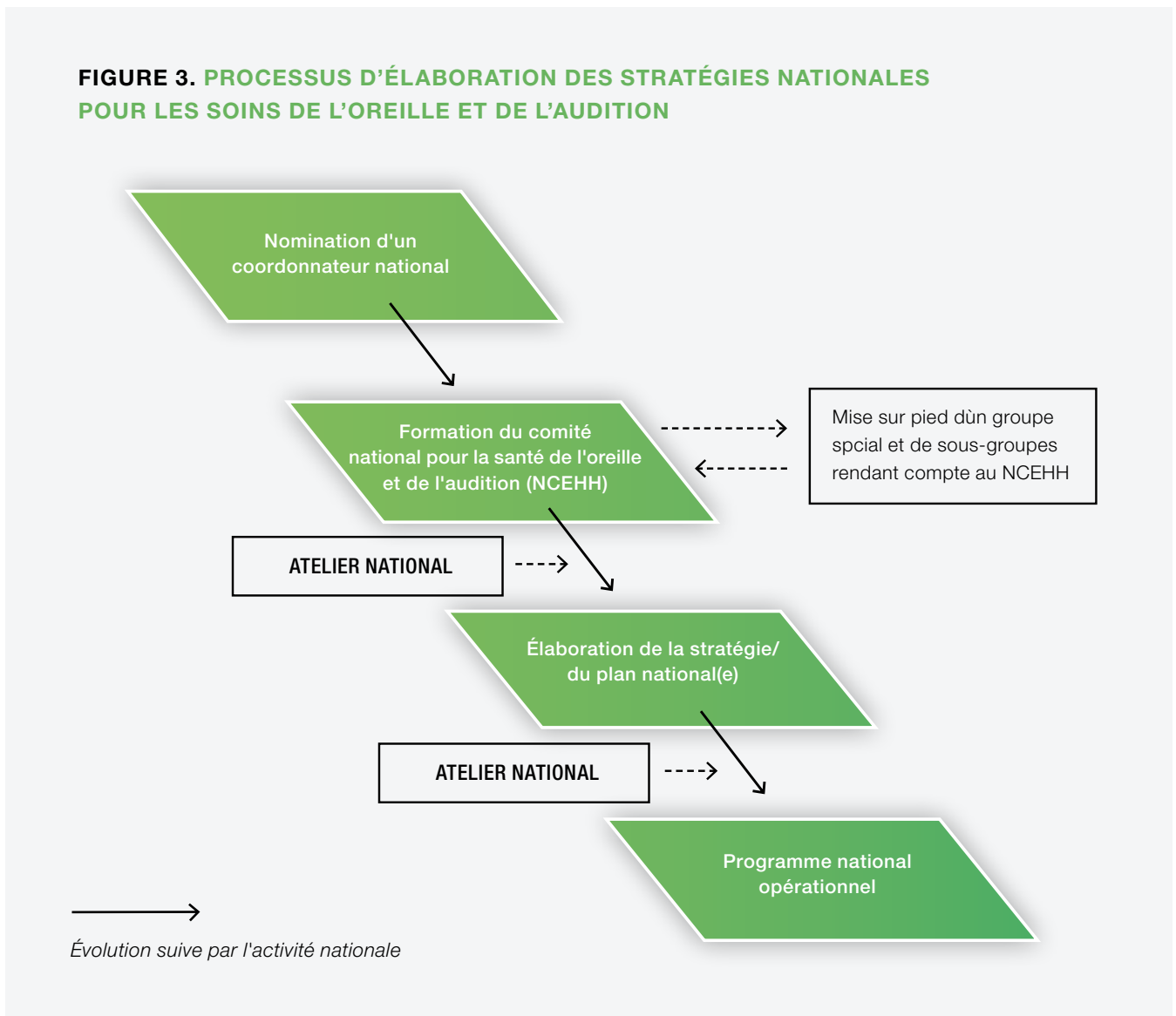


FIGURE 3. PROCESSUS D'ÉLABORATION DES STRATÉGIES NATIONALES POUR LES SOINS DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION



2 PHASE DE PLANIFICATION

Le plan stratégique devrait être facile à comprendre par l'ensemble des représentants des différents secteurs participant à l'élaboration et à la mise en œuvre. Il devra éviter l'utilisation de termes trop techniques et comprendre un résumé et un glossaire.

La **Figure 4** résume les étapes prévues dans la phase de planification.

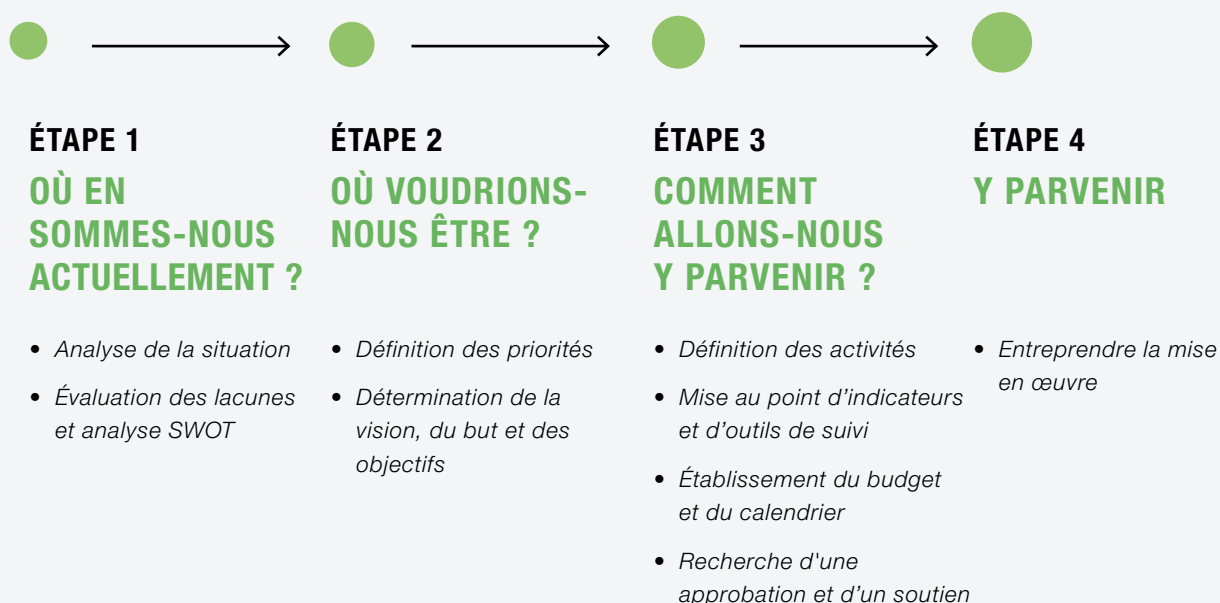
2.1. ÉTAPE 1 OÙ EN SOMMES-NOUS ACTUELLEMENT ?

ANALYSE DE LA SITUATION

Pour déterminer dans quelle situation nous sommes actuellement, il faut évaluer les besoins de la population et les ressources disponibles. Cette opération fait intervenir les étapes suivantes (**Figure 5**) :

- évaluation de l'ampleur et du profil (type, causes, distribution selon l'âge, répartition géographique) des pertes d'audition et des maladies de l'oreille ;
- obtention d'informations générales sur le pays, y compris le profil de population, le profil socio-économique et les indicateurs sanitaires ;

FIGURE 4. ÉTAPE DE LA PHASE DE PLANIFICATION



- détermination de l'infrastructure et de l'organisation du système de santé ;
- évaluation de la disponibilité des ressources humaines ;
- identification des services de soins de l'oreille et de l'audition disponibles ;
- exécution d'un recensement des parties prenantes.

L'outil d'analyse de la situation en matière de soins de l'oreille et de l'audition de l'OMS (EHCSAT) fournit un cadre complet pour l'analyse de la situation. Il est utilisable pour obtenir des informations permettant d'étayer à la fois les activités de plaidoyer et le processus de planification de la stratégie.

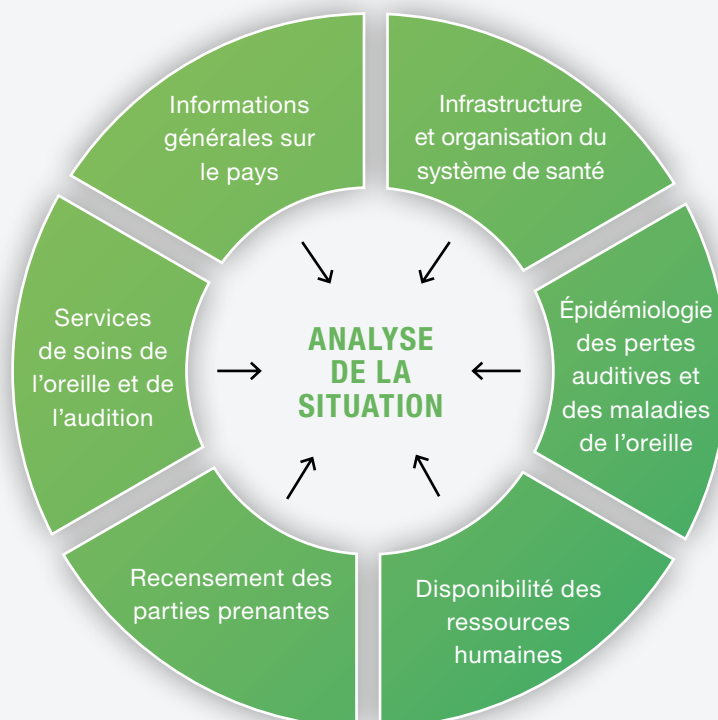
ÉVALUATION DES LACUNES ET ANALYSE SWOT

L'EHCSAT apporte des informations de référence pour une analyse des lacunes. Sur la base des informations obtenues, il est possible d'effectuer une analyse SWOT – destinée à déterminer les points forts, les points faibles, les opportunités et les menaces – pour l'élaboration d'une stratégie nationale concernant les soins de l'oreille et de l'audition (voir **Encadré 5**). Ces informations peuvent aider à identifier les options disponibles et à déterminer les priorités, ce qui permet de fixer des buts et des objectifs atteignables

ENCADRÉ 5. EXEMPLES DE FACTEURS POUVANT ÊTRE IDENTIFIÉS PAR UNE ANALYSE SWOT

- Point fort : disponibilité d'agents de santé formés travaillant dans la collectivité et pouvant être engagés pour délivrer des services de soins de l'oreille et de l'audition.
- Point faible : manque d'audiologues formés pour délivrer des services spécialisés.
- Opportunité : renforcer l'engagement dans le pays d'une ONG travaillant dans le domaine des soins de l'audition
- Menace : agitation politique.

FIGURE 5. COMPOSANTES DE L'ANALYSE DE LA SITUATION



2.2. ÉTAPE 2 OÙ VOUDRIONS-NOUS ÊTRE ?

DÉFINITION DES PRIORITÉS

L'analyse de la situation peut aider à identifier les lacunes dans la prestation de services ou le programme actuels. Cette information est utilisable pour déterminer les priorités en termes d'action.

Cette identification peut commencer en posant certaines questions de base, comme par exemple :

- Les besoins peuvent-ils être réduits ?
- Les ressources supplémentaires nécessaires à cette fin peuvent-elles être obtenues ?
- Les programmes de prévention peuvent-ils être renforcés ?
- L'accessibilité des dispositifs auditifs peut-elle être améliorée ?
- Faut-il se focaliser sur les actions visant certaines maladies, par exemple la prévention primaire de l'otite moyenne ?
- Faut-il se focaliser sur le traitement ou la réhabilitation ?
- Faut-il se focaliser sur les nouveau-nés, les enfants, des groupes spéciaux ou la population vieillissante ?
- Faut-il se focaliser sur le développement de ressources humaines (effectifs ou répartition) ?
- Que faut-il faire pour renforcer le dépistage précoce ?
- À quels obstacles se heurtent les prestataires pour délivrer un service satisfaisant ?
- Quels sont les obstacles au recours aux services destinés à faire face aux déficiences auditives dans les communautés ?

Le groupe spécial devra examiner les possibilités pour proposer ensuite des choix réalistes afin de définir les priorités.

Il est aussi possible d'adopter une démarche plus systématique pour fixer les priorités comme dans l'exemple qui suit.

Premièrement, déterminer les principales causes de perte auditive en fonction de leur prévalence dans le pays d'après l'analyse de la situation et la littérature disponible. Le **Tableau 1** présente un exemple illustrant la façon de procéder.

Deuxièmement, affecter un score aux causes dont la prévalence est forte ou moyenne, en fonction de leur ampleur (prévalence), de leur impact (stigmatisation, exclusion sociale, manque de possibilités de formation, etc.), et de la faisabilité et du coût d'une intervention pour remédier à cette cause (**Tableau 2**). La prévalence et le coût de l'intervention peuvent être présentés sur une échelle ordinale d'après les données disponibles et des discussions collectives. Les scores d'impact et de faisabilité de l'intervention peuvent ne pas être aussi évidents et devront être déterminés en menant des discussions avec l'ensemble des parties prenantes.

On donnera la priorité aux causes qui donnent le score total le plus élevé, obtenu en sommant les quatre scores. Cette démarche pourra être appliquée à la fois aux niveaux national et districale.

À noter qu'il n'existe pas de jeu de priorités universel ; les décisions doivent être prises en fonction de la situation locale.

TABLEAU 1. CAUSES DE PERTE AUDITIVE DANS UNE POPULATION EN FONCTION DE LEUR FRÉQUENCE*

FRÉQUENCE ÉLEVÉE	FRÉQUENCE MOYENNE	FRÉQUENCE FAIBLE
Causes héréditaires	Bruit excessif	Liées à la nutrition
Otite moyenne chronique (OMC)	Médicaments ou produits chimiques ototoxiques	Liées à un traumatisme
Presbycusie (perte d'audition liée à l'âge)	Problèmes pendant la période anténatale au périnatal	Maladie de Ménière
	Causes infectieuses	Tumeurs
	Cérumen, corps étrangers	Maladie cérébrovasculaire

* Les affections recensées sont des exemples ; le tableau devrait être complété à partir de l'analyse de la situation et de la littérature disponible.

TABLEAU 2. AFFECTATION DE SCORES AUX CAUSES DE PERTE D'AUDITION*

	AMPLEUR 0 faible, 5 importante	IMPACT 0 faible, 5 important	FAISABILITÉ DU TRAITEMENT 0 pas de traitement, 5 simplicité du traitement	COÛT 0 élevé, 5 faible
Presbycusie	4	3	4	3
Otite moyenne chronique	5	4	4	2
Ototoxicité	1	4	3	4

Les affections et les scores recensés sont des exemples ; le tableau devrait être complété en fonction de l'analyse de la situation et des discussions avec les parties prenantes.

DÉTERMINATION DE LA VISION, DU BUT ET DES OBJECTIFS

La définition de la vision constitue une première étape dans la formulation de la stratégie. La vision identifie le but ultime de la stratégie, en termes d'aspiration globale sans fixation d'un délai. La déclaration de vision devra prendre en compte les différents points de vue des parties prenantes et être acceptée par l'ensemble d'entre elles. En même temps, il devrait être simple et faisable de transmettre une image du résultat recherché. On trouvera ci après quelques exemples réels de déclarations de vision.

- Améliorer la qualité de vie des habitants du pays par une amélioration de leur audition.
- Un pays productif, dont les habitants sont en bonne santé et exempts de maladie de l'oreille et de perte auditive.
- Parvenir à améliorer la santé de l'oreille et de l'audition de tous les citoyens de ce pays.

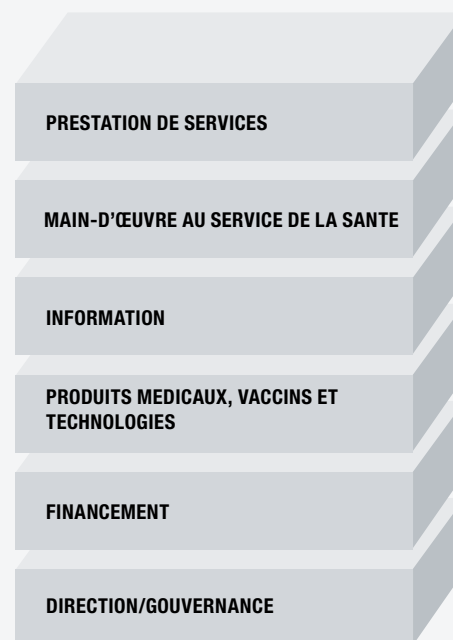
Le but (ou objectif) devra être une déclaration du résultat global que l'on cherche à atteindre par la mise en œuvre de la stratégie. Le but spécifie la destination où l'on veut arriver et donne la direction de la stratégie. Il est possible d'inclure un facteur temps, mais celui-ci n'est pas essentiel. On trouvera ci-après quelques exemples de buts.

- Réduire la prévalence globale de la perte d'audition dans le pays de 25 %.
- Assurer un accès équitable à des services de qualité pour les soins de l'oreille et de l'audition et une couverture équitable par ces services, en restant les plus proches possible des habitants de ce pays.
- Assurer un accès à des services de soins de l'oreille et de l'audition dans l'ensemble du pays.

Les objectifs fixés composent une feuille de route pour atteindre le but. Ils doivent être définis à l'aide de cibles spécifiques, que l'on entend atteindre dans un délai particulier, par la mise en œuvre de la stratégie.

On examinera à tour de rôle chaque composante ou secteur du système de santé pour déterminer des objectifs qu'il convient de viser. Les secteurs constitutifs sont : la prestation de services ; la main-d'œuvre au service de la santé ; l'information ; les produits médicaux et les technologies au service de la santé ; le financement ; la direction et la gouvernance (Figure 6).

FIGURE 6. SECTEURS CONSTITUANT LE SYSTÈME DE SANTÉ



L'annexe 1 apporte des informations supplémentaires sur la démarche suivant les composants du système de santé.

Selon la portée de la stratégie, on peut être amené à définir de nombreux objectifs. Cependant, les ressources disponibles et les difficultés pratiques devront être prises en compte lors de la fixation de ses objectifs et de leur délai de réalisation. Comme exemple d'objectif associé au but consistant à « assurer un accès à des services de soins de l'oreille et de l'audition dans l'ensemble du pays », on peut citer la proposition « former 100 agents de santé dans chaque district aux soins de l'oreille et de l'audition d'ici à décembre 20xx ». Cet objectif est probablement nécessaire – mais non suffisant en lui-même – pour atteindre le but fixé.

Dans l'idéal, les objectifs devront présenter certains attributs, qui peuvent être résumés par l'acronyme SMART :

- spécifiques – clairement axés sur un résultat particulier ;
- mesurables – à chaque objectif devra être associée une cible mesurable précise ;
- atteignables – réaliser l'objectif est faisable et peut se faire dans le temps imparti ;
- réalistes – ils doivent prendre en compte les contraintes telles que les ressources, les moyens en personnel, le coût et le temps disponible.
- temporels – une date limite doit être spécifiée pour leur réalisation.

Il n'existe pas de recommandation particulière quant au nombre d'objectifs à définir et au nombre d'activités que chaque objectif couvrira. Ces nombres dépendront de la complexité de la stratégie. Néanmoins, il importe que chaque objective possède tous les attributs SMART (voir l'exemple présenté dans l'**Encadré 6**).

ENCADRÉ 6.

EXEMPLE D'OBJECTIF SMART

Objectif : Former 100 agents de santé dans chaque district aux soins de l'oreille et de l'audition d'ici à décembre 20xx.

Cet objectif est :

- spécifique : il s'applique à la formation d'agents de santé aux soins de l'oreille et de l'audition ;
- mesurable : le nombre d'agents de santé formés dans chaque district peut être mesuré d'après les registres de formation ;
- atteignable : comme on le déterminera par l'analyse de la situation et des discussions avec les parties prenantes ;
- réaliste : il doit prendre en compte des contraintes comme les ressources, les moyens en personnel, le coût et le temps disponible.
- temporel : il devra être atteint d'ici à décembre 20xx.

ENCADRÉ 7. DÉTERMINATION DES ACTIVITÉS NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE UN OBJECTIF

Objectif : Former 100 agents de santé (communautaires ou autres) dans chaque district, c'est-à-dire 100 agents de santé primaire de chaque établissement aux soins de l'oreille et de l'audition d'ici à décembre 20xx.

Les activités suivantes peuvent être nécessaires pour atteindre cet objectif :

- allouer ou lever des fonds pour la formation ;
- identifier les groupes à former ;
- préparer des supports de formation appropriés ;
- identifier le lieu de la formation et les formateurs ;
- établir un calendrier pour la formation de ces 100 agents et déterminer les méthodes de formation ;
- inviter les participants ;
- mener la formation ;
- réaliser un suivi des participants pour leur fournir un soutien continu à leur poste de travail ;

2.3. ÉTAPE 3

COMMENT Y PARVENIR ?

DÉFINITION DES ACTIVITÉS

Un certain nombre d'activités seront nécessaires pour atteindre chacun des objectifs. Ces activités seront sélectionnées à l'issue d'une discussion et d'une réflexion logique (voir l'exemple présenté dans l'**Encadré 7**).

Une fois les activités nécessaires à la réalisation d'un objectif identifiées, chacune d'entre elles devra être examinée en détail pour identifier les étapes/les actions à mener dans sa mise en œuvre.

ENCADRÉ 8. DÉCOMPOSITION DE CHAQUE ACTIVITÉ EN ÉTAPES/ACTIONS

Activités : Préparer des supports de formation appropriés.

Étapes

- Identifier les supports de formation disponibles, par exemple moyens de formation OMS-PEHC.
- Mettre en place un sous-groupe pour adapter les supports de formation aux besoins locaux.
- Tester sur le terrain et valider ces supports de formation.
- Les traduire.
- Les imprimer et les distribuer.

Le plan d'activités peut constituer un plan de mise en œuvre séparé, qui est un document de travail pratique et accompagné d'exigences temporelles, établi à partir du cadre stratégique global. Dans un grand pays, où les provinces, les États ou les régions disposent de structures administratives et de systèmes de santé différents, le comité national peut décider que chaque zone devra élaborer son propre plan de mise en œuvre.

Pour chaque activité, une date limite d'exécution et un budget précis devront être fixés et les personnes responsables devront être clairement identifiées.

La date limite peut être indiquée dans un diagramme de Gantt (**Figure 7**). Il s'agit d'une sorte de calendrier mural sur lequel les tâches ou les activités sont recensées verticalement et les lignes sont colorées de manière à faire apparaître le début et la fin prévus de chaque activité.

L'**annexe 2** présente une liste des activités pouvant être mises en œuvre. Cette liste n'est pas nécessairement complète et ne présente pas que des éléments essentiels. Elle peut inclure des actions qui ont été entreprises dans différents contextes et peut être utile comme base des discussions parmi le groupe spécial et les parties prenantes.

Voici une liste de points à garder à l'esprit lorsqu'on décide des activités et de leurs dates limites d'exécution :

- avant de commencer à délivrer un service, il faut former le personnel et se procurer les fournitures nécessaires ;
- mettre en place les services avant d'en faire la publicité ;
- s'assurer du respect des dates limites d'exécution ;
- la capacité des différents membres du personnel à délivrer les services peut être variable.

FIGURE 7. EXEMPLE DE DIAGRAMME DE GANTT PRÉSENTANT LES DATES LIMITES D'EXÉCUTION

Objectif : Former 100 agents de santé aux soins de l'oreille et de l'audition dans chaque district d'ici à décembre 20xx.

ACTIVITÉS	ANNÉE 1				ANNÉE 2				ANNÉE 3			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Trimestre :												
Allouer ou lever des fonds pour la formation	■											
Identifier les groupes devant être formés	■											
Préparer des supports de formation pertinents		■										
Identifier le lieu de la formation et les formateurs		■										
Établir un calendrier pour la formation des 100 agents de santé et déterminer les méthodes de formation à appliquer			■									
Inviter les participants				■								
Mener la formation				■								
Suivre les participants à leur poste de travail					■					■		

MISE AU POINT D'INDICATEURS ET D'OUTILS DE SUIVI

Au stade de la planification, il est essentiel d'identifier les indicateurs clés et de mettre au point des outils de suivi appropriés. Un indicateur est un paramètre, exprimé sous forme de chiffre, de proportion, de pourcentage ou de taux, qui évalue dans quelle mesure les activités planifiées ont été menées (indicateurs d'intrant, de procédé ou d'extrant) ou les objectifs du programme ont été réalisés (indicateurs de résultat ou d'impact). Les indicateurs sont utilisables à la fois pour le suivi et pour l'évaluation de la stratégie.

Le groupe spécial devra définir des indicateurs appropriés et mettre au point des outils de suivi, puis déterminer comment, par quelle personne et à quelle fréquence des données seront collectées. Les sources d'informations devront aussi être déterminées. Il convient de garder à l'esprit que la collecte de données est une opération coûteuse et consommatrice de temps, et que les données ne seront pas toujours facilement disponibles. L'Encadré 9 montre comment les indicateurs sont reliés au but global, aux objectifs et aux activités.

Un certain nombre d'indicateurs possibles sont indiqués à l'annexe 3. Cette liste n'est pas nécessairement exhaustive et les indicateurs qu'elle contient ne sont pas toujours essentiels ; d'autres indicateurs peuvent être nécessaires, selon la stratégie et les conditions régnant dans le pays. Tous les indicateurs devront être testés sur le terrain avant d'être utilisés à grande échelle.

Des questionnaires et des formulaires seront nécessaires pour recueillir les informations aux différents niveaux du système de délivrance des soins de santé. Ils devront être mis au point suivant un processus consultatif puis validés et prétestés avant d'être utilisés sur le terrain. La Figure 8 présente un exemple de formulaire utilisable pour le suivi d'un programme de formation à l'intention des agents de santé.

DÉTERMINATION DU BUDGET ET DES PHASES DE MISE EN ŒUVRE

L'établissement du budget constitue une partie essentielle de la mise au point de la stratégie. Pour établir un budget réaliste, il faut identifier chaque activité devant être financée. L'Encadré 10 recense certains éléments à prendre en compte dans l'établissement d'un budget. Les sources de financement nationales et internationales devront être identifiées. Les phases de mise en œuvre de la stratégie devront faire l'objet d'un accord. Les phases possibles sont présentées dans la section 2.4

ENCADRÉ 9. INDICATEURS DE DÉVELOPPEMENT REFLÉTANT LE BUT, LES OBJECTIFS ET LES ACTIVITÉS

BUT	INDICATEUR D'IMPACT	PÉRIODICITÉ	SOURCES D'INFORMATION
Réduire la prévalence globale des pertes auditives dans le pays de 25 %.	Prévalence des pertes auditives et des maladies de l'oreille dans le pays	Une fois tous les 5 ans	Enquête en population
OBJECTIF SPÉCIFIQUE Former 100 agents de santé ou agents de santé communautaires dans chaque district, c'est-à-dire 100 agents de santé primaire de chaque établissement, aux soins de l'oreille et de l'audition (PEHC) d'ici à décembre 20xx.	INDICATEUR D'EXTRANT Nombre d'agents de santé formés dans chaque district chaque année	Annuelle	Suivi pro forma
ACTIVITÉS <ul style="list-style-type: none"> Préparer des supports de formation appropriés Identifier le lieu de formation et les formateurs 	INDICATEUR D'EXTRANT/DE PROCÉDÉ <ul style="list-style-type: none"> Nombre ou pourcentage de districts dans lesquels la formation a été mise en route. INDICATEUR D'INTRANT <ul style="list-style-type: none"> Nombre de districts dans lesquels les formateurs ont été identifiés. Nombre de langues locales dans lesquelles les supports de formation devront être traduits 	Trimestrielle Trimestrielle Trimestrielle	Rapport au coordonnateur de district ou réunion Rapport au coordonnateur de district ou réunion

RECHERCHE D'UNE APPROBATION ET D'UN SOUTIEN

Lorsque l'élaboration d'un plan stratégique national pour les soins de l'oreille et de l'audition est terminée, ce plan doit être approuvé par l'ensemble des parties prenantes puis par le gouvernement. L'approbation des parties prenantes devra être obtenue dans le cadre d'une réunion consultative ou d'un atelier réunissant tous les groupes de parties prenantes pour discuter le projet de stratégie. Le document stratégique final devra habituellement être approuvé formellement par le gouvernement avant d'être mis en œuvre.

FIGURE 8. EXEMPLE DE FORMULAIRE POUR LE SUIVI D'UN PROGRAMME DE FORMATION À L'INTENTION DES AGENTS DE SANTÉ

Stratégie nationale pour les soins de l'oreille et de l'audition à XXXX 2015	
Suivi pro forma des programmes de formation	
District	
Date de la formation	
Formation à l'intention des médecins exerçant au niveau primaire/agents de santé/employés des programmes de réhabilitation communautaires	
Lieu	
Nombre de personnes en formation	
Sessions organisées :	
Physiologie de l'audition : oui/non	
Perte d'audition : causes et traitement : oui/non	
Identification des pertes auditives : oui/non	
Sensibilisation aux pertes auditives : oui/non	
Démonstration de tests d'audition : oui/non	
Renforcement des capacités pour l'identification des pertes d'audition : oui/non	
Difficultés rencontrées :	
Retour de la part des participants :	
Nom du coordonnateur de la formation :	
Signature :	
Rapport à soumettre le septième jour de chaque mois au coordonnateur de district	

ENCADRÉ 10. ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE LORS DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN BUDGET

1. Capital ou dépenses ponctuelles, y compris :

- équipements,
- véhicules,
- bâtiments.

2. Dépenses récurrentes, y compris :

- salaires,
- mesures incitatives,
- consommables (médicaments, dispositifs, etc.),
- frais généraux (entretien et réparations).

3. Sources potentielles de revenus :

- gouvernement,
- donateurs internationaux,
- soutien local,
- droits perçus sur les services,
- ventes de dispositifs.

2.4. ÉTAPE 4 Y PARVENIR

DÉBUT DE LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la stratégie comprend trois phases clés.

a. Phase pilote. La faisabilité de la stratégie ou du plan et des interventions proposées devra être mise à l'épreuve dans une partie ou plusieurs du pays avant application à l'échelle nationale. Ces tests offrent la possibilité d'affiner le plan en fonction du retour d'informations provenant du terrain. La phase pilote doit être étroitement suivie et évaluée.

b. Phase d'expansion. Le retour d'informations obtenu pendant la phase pilote devant servir à affiner chacune des interventions. Certaines d'entre elles peuvent devoir être abandonnées parce qu'elles sont impraticables ou inacceptables par les communautés. Les interventions modifiées peuvent être étendues à une population plus vaste.

c. Phase d'évaluation. Lorsque la période désignée pour la mise en œuvre du plan stratégique arrive à sa fin, il est indispensable d'évaluer la mise en application globale et l'impact de la stratégie. Le lecteur trouvera plus d'informations sur ce point dans la section 3.

2.5. AUTRES QUESTIONS IMPORTANTES

Les éléments suivants devront être pris en compte et inclus dans la stratégie détaillée.

- **Sensibilisation.** De nombreuses personnes ne sont pas conscientes des conséquences d'une perte d'audition ou des possibilités de prévention et de prise en charge d'une telle déficience. Les mythes et la désinformation circulent en abondance, en lien souvent avec la stigmatisation injustifiée de la perte d'audition et de l'utilisation de dispositifs auditifs. Il est donc important de sensibiliser aux problèmes de l'oreille et de l'audition les individus comme les communautés.
- **Formation.** Il s'agit d'un aspect clé qui doit être intégré à tout plan stratégique. Les professionnels de la santé de l'oreille et de l'audition devront être formés pour devenir formateurs maîtres, avant qu'ils ne dispensent une formation à d'autres personnes. En outre, il conviendra d'apporter une formation à des médecins généralistes, à d'autres agents de santé, à des enseignants et à des membres de la communauté. Les professionnels et les planificateurs dans le domaine de la santé de l'audition devront aussi être formés à la planification de santé publique pour les déficiences auditives.^a Dans la mesure du possible, ces formations devront être intégrées aux programmes existants dans le cadre du programme de développement de ressources humaines du pays pour les soins de santé.
- **Lignes directrices.** Des lignes directrices claires et des outils pertinents devront être préparés pour chaque activité. Par exemple, s'il est prévu de dépister les problèmes d'audition dans les écoles, des modes opératoires standardisés (MOS) devront être mis au point et des questionnaires et des tests de dépistage ainsi que des matériels d'information devront être élaborés. Ces MOS devront écrire en détail comment, par qui et à quel moment, les personnes présentant un résultat positif au test de dépistage devront être orientées vers un niveau supérieur de diagnostic.
- **Responsabilité.** Pour chaque activité, une ou plusieurs personnes responsables devront être désignées. Nombre de prestataires de services peuvent travailler dans des secteurs autres que la santé, comme l'éducation ou les prestations sociales. Leur rôle dans la santé de l'audition devra être attesté comme faisant partie de leurs fonctions et ils devront recevoir une formation appropriée, acquérir des obligations redditionnelles et être rémunérés conformément aux politiques nationales.

^aPublic Health Planning for Hearing Impairment, London School of Hygiene and Tropical Medicine, https://www.lshtm.ac.uk/study/cpd/hearing_health.html.

-
- **Système d'orientation-recours.** Il peut être nécessaire de renforcer le système d'orientation pour s'assurer que toute personne identifiée comme atteinte d'une perte auditive ou d'une maladie de l'oreille est accueillie dans l'établissement de soins le plus approprié et reçoit des soins adaptés.
 - **Ciblage communautaire.** La stratégie de services devra cibler le niveau communautaire ou primaire. Les niveaux secondaire et tertiaire pourront devoir être renforcés pour accueillir convenablement les personnes orientées à partir du niveau primaire.
 - **Collaboration intersectorielle.** Des efforts devront être faits en direction de partenaires mettant en œuvre des programmes différents dans d'autres secteurs (voir **Encadré 1**). Une mise en œuvre intégrée peut accroître le rapport coût/efficacité et la durabilité des services.
 - **Charge de travail.** Il est important de ne pas surcharger les prestataires de services, y compris les agents de santé et les enseignants. Chaque fois que nécessaire, les prestations de services supplémentaires devront faire l'objet d'une indemnisation conformément à la politique nationale.
 - **Enseignements tirés.** Les enseignements tirés d'interventions fructueuses menées ailleurs peuvent donner des idées pour la programmation future.
 - **Ressources.** La disponibilité des ressources – y compris les ressources humaines, les infrastructures et les moyens financiers – est une condition déterminante pour la mise en œuvre de tout plan stratégique.
 - **Points de vue ethniques et culturels.** Le contexte culturel du pays ou de la communauté pour lesquels des priorités doivent être définies est à prendre en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies.
 - **Gestion des informations.** S'il n'existe déjà, un système de gestion des informations pour les soins de l'oreille et de l'audition devra être mis sur pied dans le cadre du système d'information sanitaire national. Ce système devra servir à recueillir, analyser et diffuser les données nécessaires à la planification, à la gestion, au suivi et à l'évaluation.

L'annexe 4 présente les principaux points susceptibles de figurer dans un plan national.

3 SUIVI ET ÉVALUATION

3.1 SUIVI

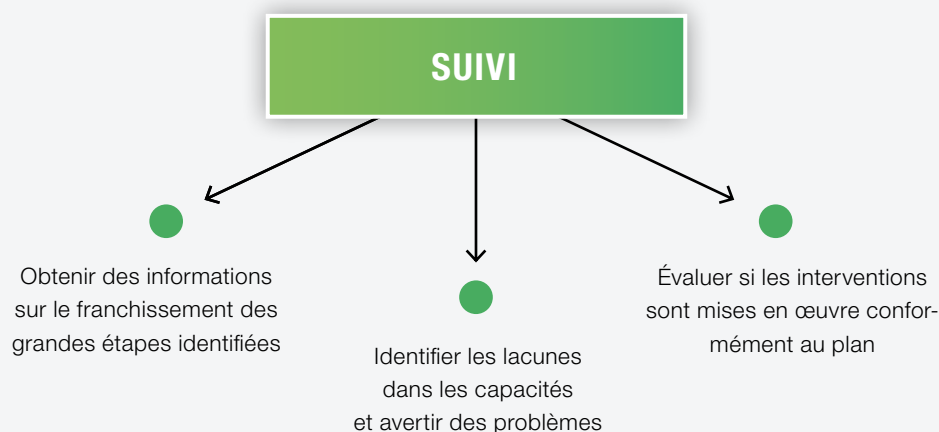
Le suivi est un processus continu et systématique destiné à générer des données quantitatives et qualitatives concernant la mise en œuvre d'une stratégie. La finalité de ce suivi est de corriger tout écart par rapport aux objectifs et d'améliorer les performances.

Le suivi répond à la question : « *Faisons-nous ce que nous avons dit que nous ferions ?* ». Il compare l'état actuel d'un projet avec les buts, les objectifs et les activités annoncés et fournit un retour d'informations régulier sur les étapes qui ont été franchies. Il évalue si les interventions ont été mises en œuvre conformément au plan, identifie les lacunes dans les capacités disponibles et avertit précocement des problèmes pouvant apparaître (Figure 9). Certaines des raisons et des règles du suivi sont présentées dans leurs grandes lignes dans les Encadrés 11 et 12, respectivement.

ENCADRÉ 11. RAISONS DU SUIVI

- Des activités faisant l'objet d'un suivi ont une plus grande probabilité d'être exécutées.
- En l'absence de suivi des performances, il est difficile de distinguer entre succès et échec.
- Si le succès n'est pas constaté, il ne peut être récompensé.
- Si l'échec n'est pas reconnu, il ne peut être corrigé.
- Si vous ne pouvez faire la preuve des résultats, vous ne pouvez continuer de recevoir une aide pour vos actions.
- Si vous ne pouvez faire la preuve des résultats, vous ne pouvez continuer de recevoir une aide pour vos actions.

FIGURE 9. FINALITÉS DU SUIVI



Le NCEHH devra suivre l'élaboration de la stratégie par le groupe spécial, pour vérifier qu'elle suit son cours. S'il constate des problèmes, il devra apprécier ce qui doit être fait pour les résoudre tant qu'on en est encore au stade de la planification et avant que la stratégie ne soit finalisée.

Le NCEHH devra aussi suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale en faisant appel à :

- un jeu approprié d'indicateurs qui mesurent les réalisations au jour le jour de la stratégie ou du processus faisant l'objet du suivi ;
- des outils de suivi qui permettent le recueil systématique d'informations pertinentes.

ENCADRÉ 12. RÈGLES D'OR DU SUIVI

1. Ne pas recueillir des données sur un trop grand nombre d'indicateurs et avec une trop grande fréquence.
2. Utiliser toutes les données recueillies sur les indicateurs de suivi.
3. Utiliser les données concernant les indicateurs de suivi au niveau auquel elles sont collectées.
4. Apprendre au personnel la nécessité de recueillir des données sur les indicateurs de suivi et lui fournir un retour d'informations.
5. Ne pas aggraver la situation ! Ne pas détruire un système de suivi qui fonctionne.

La mise au point d'indicateurs et d'outils de suivi est traitée dans la section 2.3.

Le comité national devra aussi superviser le rassemblement, l'analyse et l'interprétation des données et déterminer comment exploiter ces informations pour que la mise en œuvre de la stratégie se poursuive dans de meilleures conditions encore.

Il est de la plus grande importance que les informations reviennent aux équipes de terrain qui ont recueilli les données, de manière à ce qu'elles ressentent que leur travail est valorisé et que leurs rapports sont utilisés. L'absence d'un tel retour d'informations pourrait entraîner une détérioration de la collecte des données dans l'avenir et finalement un échec du processus de suivi.

Le coordonnateur national devra diriger et coordonner le processus de suivi et s'assurer de la collecte en temps utile les données. Des méthodes innovantes de recueil des données, telles que l'utilisation de téléphones portables intelligents ou d'une messagerie électronique, peuvent s'avérer adaptées. Des membres spécifiques du personnel de terrain devront être chargés et rendus responsables de la collecte des données.

3.2 ÉVALUATION

L'évaluation apprécie systématiquement et objectivement la pertinence, les performances et le succès du plan stratégique. Elle fournit des preuves de la réalisation globale des objectifs et des cibles de la stratégie, et aide à déterminer ce qui a bien fonctionné, ce qui s'est mal passé et pourquoi.

Une évaluation est habituellement effectuée à la fin du projet ou après plusieurs années d'opération. Elle peut être réalisée sous la forme :

- d'évaluation intermédiaire : opérée à la fin d'une période préalablement convenue ou à mi-parcours dans l'exécution de stratégie ou d'un programme ;
- d'évaluation terminale : opérée dans les 6 à 12 mois suivant l'achèvement d'un programme ;
- d'évaluation ex-post : après plusieurs années, lorsque l'impact complet auquel on pouvait s'attendre se sera manifesté.

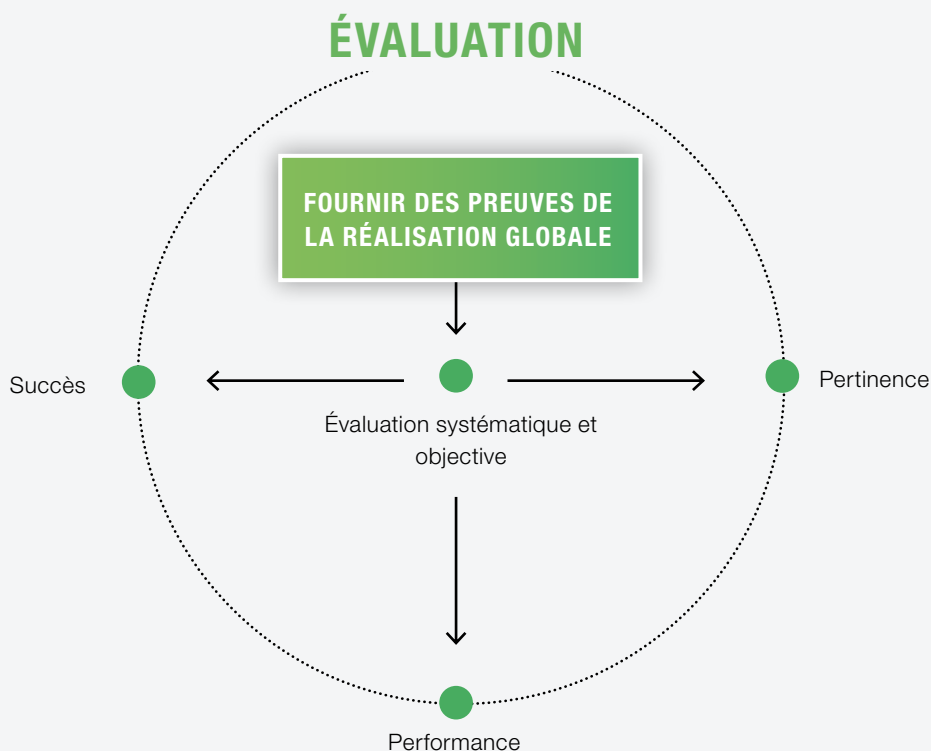
Le moment où est réalisée une évaluation, sa mission et son coût devront être définis lors de l'élaboration de la stratégie, avant le début de la mise en œuvre. Les ressources nécessaires devront être allouées et affectées spécifiquement de manière à ce qu'elles ne puissent être utilisées à d'autres fins.

3.3 RETOUR D'INFORMATIONS ET CONSOLIDATION

À l'aide des informations obtenues par l'évaluation, on examinera et on révisera le plan stratégique après discussion avec l'ensemble des parties prenantes. Le retour d'informations devra faire l'objet d'une analyse critique pour expliciter les points forts et les lacunes des interventions et connaître la faisabilité des objectifs. Les résultats de l'évaluation peuvent aussi fournir des outils utiles pour le plaidoyer.

Il importe de comprendre qu'aucune stratégie n'est parfaite et que tous les plans doivent être affinés au cours du temps, en tenant compte du contexte présenté par le pays ou la province. La phase suivante du plan stratégique devra intégrer les enseignements tirés de la phase antérieure.

FIGURE 10. FINALITÉS DE L'ÉVALUATION



ANNEXES

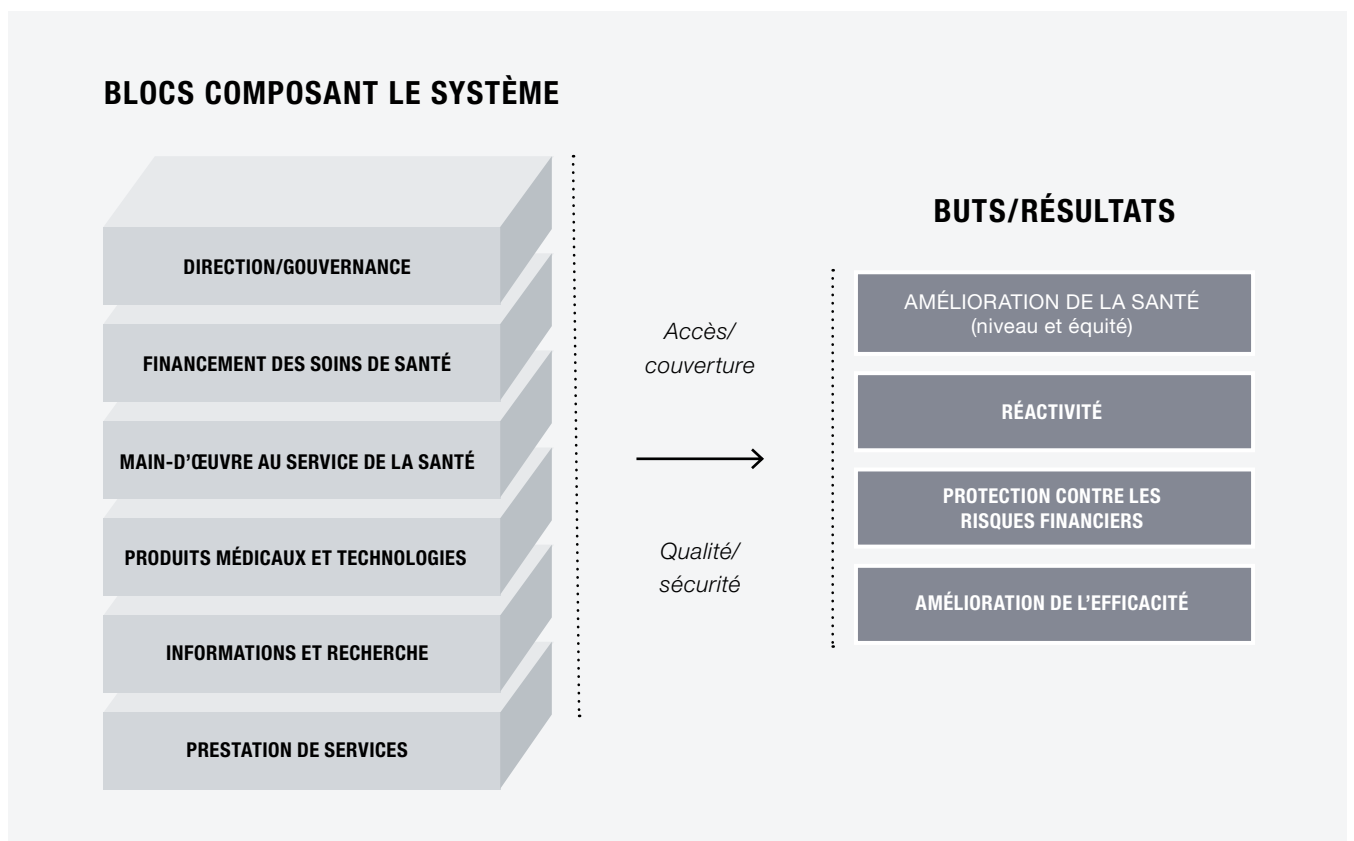
ANNEXE 1. APPROCHE APPLIQUÉE AUX SYSTÈMES DE SANTÉ

Le système de santé comprend l'ensemble des organisations, des personnes et des actions dont le but principal est de promouvoir, de rétablir ou de préserver la santé. Il délivre des interventions visant à prévenir, promouvoir, guérir et réhabiliter. Le cadre OMS pour les systèmes de santé comprend six « blocs », comme indiqué ci-après. Les buts du système de santé sont d'améliorer la santé, de protéger des risques financiers, d'améliorer l'efficacité et d'apporter des réponses réactives aux besoins des individus.

- La direction et la gouvernance devront s'assurer que des cadres politiques et stratégiques existent et qu'ils s'accompagnent d'une supervision efficace, d'une mise en commun des intérêts, d'une réglementation et d'incitations appropriées, d'une attention accordée à la conception du système et d'une responsabilisation.
- Un bon système de financement de la santé lève des fonds suffisants pour que les gens puissent utiliser les services dont ils ont besoin et soient protégés des catastrophes financières et de l'appauvrissement pouvant résulter de l'obligation de payer ces services.

- Une main-d'œuvre performante au service de la santé est responsable, loyale et efficace, et obtient les meilleurs résultats sanitaires possibles compte tenu des ressources et des circonstances existantes. Ses effectifs sont suffisants et elle présente un mélange approprié de catégories de personnel, réparti équitablement ; le personnel est compétent, réactif et productif.
- Un système de santé performant assure un accès équitable à des produits médicamenteux essentiels et à des vaccins et des technologies offrant une qualité, une innocuité, une efficacité et un rapport coût/efficacité garantis, ainsi que l'utilisation rationnelle de ces produits sur les plans scientifique et économique.
- Un système d'information sanitaire performant assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables et communiquées en temps utile sur les déterminants de la santé, les performances des systèmes de santé et la situation sanitaire.
- Une prestation de services satisfaisante dans le domaine de la santé délivre des interventions sanitaires efficaces, sans risque, de qualité, individuelles et non individuelles à l'intention des personnes qui en ont besoin, au moment ou à l'endroit où elles sont nécessaires, avec un gaspillage minimal de ressources.

Des informations supplémentaires sur l'approche appliquée aux systèmes de santé sont disponibles auprès du Bureau régional de l'OMS du Pacifique occidental : http://www.wpro.int/health_services/health_systems_framework/en/.



ANNEXE 2. SERVICES

La matrice ci-après est utilisable pour recenser les activités relevant des soins de l'oreille et de l'audition selon cette approche (activités visant à promouvoir, à prévenir, à guérir, etc.) et les niveaux auxquels ces activités devront s'exercer.

On trouvera ci-après une liste des activités pertinentes pouvant s'exercer aux différents niveaux des soins de santé. Cette liste n'est pas nécessairement complète et ne couvre pas que des activités essentielles. Elle peut être utilisée comme référence par les pays qui cherchent à définir leurs objectifs et à planifier leurs activités. Les services devant être dispensés dans ce cadre seront sélectionnés en tenant compte des priorités nationales, des ressources disponibles et du contexte ethnique et culturel. À chaque niveau, il est essentiel de connaître les catégories professionnelles impliquées et les ressources nécessaires pour exercer les activités correspondantes.

COMMUNAUTÉ

Promotion de la santé et prévention des maladies

- Soins dispensés avant la naissance, lors de l'accouchement et après la naissance et sensibilisation aux facteurs de risque pour les pertes auditives.
- Sensibilisation aux étapes imposées par les besoins en traduction et à l'importance du respect des délais.

- Sensibilisation aux maladies de l'oreille, aux pertes auditives et aux soins et habitudes pour préserver la santé des oreilles et de l'audition, y compris l'hygiène personnelle, le non-recours à des corps étrangers et à certains traitements traditionnels, et l'importance de l'allaitement et d'une meilleure nutrition.
- Sensibilisation aux troubles de l'oreille et de l'audition évitables par la vaccination.
- Sensibilisation aux causes héréditaires des pertes auditives et au lien avec les mariages consanguins (cousins au premier degré).
- Sensibilisation aux effets préjudiciables du bruit dans les environnements professionnels et sociaux. Importance des programmes et de la législation en faveur de la préservation de l'ouïe.
- Sensibilisation à la capacité de certains antibiotiques à provoquer des pertes auditives (éviter par exemple les injections faites par des praticiens non autorisés).
- Intégration des soins de l'audition aux programmes de sensibilisation à la santé en milieu scolaire.
- Sensibilisation aux pertes auditives liées au vieillissement et à leur impact négatif sur la communication, la vie sociale et la santé.
- Mise en œuvre d'initiatives en faveur de l'éducation à la santé comme Less Noise Cities^a, la Journée internationale de l'audition^b, Écouter sans risque^c.

Niveau	Promotion de la santé promotion/ prévention des maladies	Visant à guérir (identification et prise en charge)	Visant à réhabiliter	Visant à apporter un soutien
Communauté				
Primaire				
Secondaire				
Tertiaire				

^a http://www.soundhearing2030.org/less_noise_cities_recommendations.pdf

^b <http://www.who.int/pbd/deafness/news/WHD2016/en/>

^c http://www.who.int/pbd/deafness/news/safe_listening/en/

Moyens nécessaires :

- une série de supports de promotion dans la langue locale et adaptés au contexte local ; et
- des supports de formation à l'intention des agents de santé, par exemple un manuel consacré aux soins primaires de l'oreille et de l'audition.

IDENTIFICATION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION

- Identification des affections de l'oreille courantes (écoulements, bouchons, corps étrangers dans le canal auditif), des pertes d'audition et des troubles du développement de la parole et du langage par les parents, les enseignants et les agents de santé au niveau communautaire, y compris les guérisseurs traditionnels.
- Prise en charge et orientation en cas d'écoulement de l'oreille, conformément aux lignes directrices établies.
- Identification précoce des pertes auditives et orientation, conformément aux lignes directrices établies.

Moyens nécessaires :

- équipement diagnostique de base ;
- équipement pour réaliser des injections ;
- supports de formation à l'intention des agents de santé ;
- formulaires d'orientation et MOS pour la prise en charge.

RÉHABILITATION

- Fournir des systèmes d'aide à l'écoute à boucle magnétique (destinés à être utilisés avec une aide auditive) dans les écoles et les lieux publics.
- Apprendre au personnel scolaire à affecter des places favorables à l'écoute aux enfants souffrant d'une perte auditive.
- Promouvoir l'utilisation de la langue des signes et d'autres méthodes de communication visuelle.
- Former à l'utilisation appropriée des dispositifs auditifs.
- Rendre plus disponibles et faciliter l'achat des batteries pour aides auditives.
- Apporter un soutien pour suivre le traitement recommandé (formation auditive, par exemple).
- Intégration au programme de réhabilitation communautaire local, s'il existe.
- Dispenser des formations professionnelles.

Moyens nécessaires :

- équipements ;
- dispositifs ;
- programmes de formation.

SOUTIEN

- Soutien psychosocial par les pairs, programmes de soutien par les pairs, éducation des enfants plus âgés et surveillance des enfants plus jeunes.
- Organiser un soutien et des groupes d'entraide à l'intention des parents, des utilisateurs d'aides auditives, des malades mentaux et des prisonniers.
- Fourniture d'indicateurs non auditifs et de dispositifs d'assistance pour la sécurité (tels que des alarmes incendie visuelles ou vibrantes, des indicateurs visuels indiquant que l'on frappe à la porte ou qu'un téléphone sonne).
- Fourniture d'un accès à la communication par des systèmes d'aide à l'écoute à boucle magnétique, de téléphonie, de sous-titrage (sous-titrage des émissions) ou de messagerie textuelle transmise par les téléphones portables.
- Apport d'informations sur les services de soutien, les prestations à l'intention des personnes handicapées, y compris les indemnités professionnelles, et les droits de l'homme.

Les prestataires de services et autres dont la formation ou la participation est possible incluent :

- les agents de santé communautaires, y compris les praticiens traditionnels ;
- les employés des programmes de réhabilitation communautaires ;
- les écoliers et les étudiants ;
- les parents ;
- les enseignants, y compris ceux spécialisés dans l'éducation des déficients auditifs ;
- les groupes de personnes atteintes d'une perte auditive et les groupes de parents ;
- les ONG travaillant dans la communauté ;
- d'autres prestataires de soins pertinents œuvrant au niveau communautaire ;
- des dirigeants communautaires, y compris des chefs religieux.

ANNEXE 3. INDICATEURS POSSIBLES

Le lecteur trouvera ci-après recensés un certain nombre d'indicateurs pouvant se prêter au suivi et à l'évaluation des stratégies pour les soins de l'oreille et de l'audition. Ces indicateurs ne sont fournis qu'à titre d'exemple ; chaque pays devra mettre au point ses propres indicateurs, adaptés aux activités, aux objectifs et aux buts de la stratégie ou du programme. Tous ces indicateurs ne devront pas faire l'objet d'un suivi, car la collecte d'une quantité excessive de données surchargerait le système de santé. De même, certains indicateurs non listés ici peuvent être exigés par des conditions locales particulières.

INDICATEURS DE PROCÉDÉ

- Le comité national établit un plan stratégique national pour les soins de l'audition approuvé ou examiné par le comité (source : procès-verbaux de réunion).
- La stratégie ou le protocole du projet est défini (source : procès-verbaux de réunion, les documents de stratégie)
- Effectifs du personnel formé et disponible, au total et pour 100 000 habitants, par an :
 - personnel dispensant des soins primaires de l'oreille,
 - employés des programmes de réhabilitation communautaires,
 - responsables cliniques en otorhinolaryngologie ou en audiologie,
 - spécialistes ORL,
 - audiologues, orthophonistes,
 - techniciens en audiologie et audioprothésistes.(Sources : gouvernement, conseils intéressés et associations professionnelles.)
- Nombre et répartition des personnes ayant subi un dépistage des maladies de l'oreille et des pertes auditives, au total et pour 100 000 habitants, par trimestre ou par semestre :
 - nouveau-nés et nourrissons,
 - écoliers,
 - personnes de plus de 65 ans.(Source : rapports des programmes de dépistage).
- Couverture par le programme d'éducation sanitaire au niveau du district, par an (source : données relevées systématiquement au niveau districale ou régional ou rapports de projets).

INDICATEURS DE RÉSULTAT

- Nombre de patients traités pour des problèmes liés à l'audition dans des établissements de soins primaires, secondaires ou tertiaires chaque année (source : rapports et statistiques des établissements de soins).
- Pourcentage d'établissements scolaires généraux ou spécialisés dispensant un enseignement à des enfants souffrant d'une perte auditive (source : rapports du ministère de l'éducation).
- Pourcentage des personnes atteintes d'une perte d'audition bénéficiant d'un dispositif auditif, exprimé comme le pourcentage des personnes équipées d'un dispositif auditif pour 100 000 habitants (source : rapports et statistiques des établissements de soins assurant l'adaptation des dispositifs auditifs et leur entretien).
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'une opération de chirurgie auditive au niveau secondaire ou tertiaire, pour 100 000 habitants (chiffre à corréliser avec les données de prévalence) (source : rapports et statistiques des hôpitaux).
- Nombre de personnes orientées vers un niveau de soins supérieur ou traitées pour une otite moyenne compliquée pour 100 000 habitants et par an (chiffre à corréliser avec les données de prévalence) (source : rapports et statistiques des hôpitaux).
- Nombre d'enfants sourds ou malentendants pour 100 000 habitants sortant chaque année :
 - des écoles spécialisées pour personnes sourdes ou malentendantes,
 - des écoles classiques.(Source : données du ministère de l'éducation ou des services de protection sociale responsables des écoles spécialisées).

INDICATEURS D'IMPACT

- Baisse de la prévalence des pertes auditives et des maladies de l'oreille dans le pays ou dans des districts particuliers (source : enquêtes épidémiologiques).
- Pourcentage de personnes souffrant d'une perte d'audition et recevant ou ayant reçu une formation universitaire (source : recensement national).
- Pourcentage de personnes souffrant d'une perte d'audition occupant un emploi formel (source : recensement national).

^a Le retour dans l'établissement pour solliciter un entretien du dispositif peut être considéré comme la preuve d'un bénéfice de celui-ci.

ANNEXE 4. VOILETS D'UN PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL

DIRECTION ET GOUVERNANCE

- Mise en place d'un comité national ou d'une autre autorité pour promouvoir, lancer et coordonner l'élaboration d'une politique pour les soins de l'oreille et de l'audition.
- Mise en place d'un bureau de coordination national pour la planification opérationnelle, le suivi et l'évaluation.
- Validation et déclaration d'une stratégie ou d'une politique nationale pour les soins de l'oreille et de l'audition et la prévention de la surdité et des déficiences auditives.
- Identification du personnel, des établissements et des stratégies ou des programmes déjà actifs dans le domaine des soins de l'oreille et de l'audition.
- Formulation d'un plan d'action, identifiant et analysant les tâches à exécuter.

INFORMATION

-  valuation des maladies de l'oreille et des pertes d'audition par la collecte et l'examen des données existantes et la mise en œuvre d'enquêtes sur la prévalence et les causes de ces affections.
- Mise au point d'un système complet de gestion des informations.
-  valuation de la durée, du c t et des résultats des activités :
 - mesure de l'effet sur la prévalence des pertes d'audition et de certains troubles,
 -  valuation d'autres indicateurs utiles, comme le développement de services de soins de l'oreille, la participation communautaire et les évolutions de facteurs socio économiques liés aux incapacités auditives et à leur prévention.

PRESTATION DE SERVICES

- Mise en œuvre d'une démarche ax e sur les soins primaires de l'oreille et de l'audition.
- Renforcement des établissements secondaires et tertiaires pour appuyer les soins primaires de l'oreille et de l'audition.
- Usage temporaire d'unités mobiles, le cas échéant, et organisation d'autres activités de proximité, comme des camps de dépistage chez les écoliers.
- Prise en charge médicale et prévention des principaux troubles de l'oreille et de l'audition.

RESSOURCES HUMAINES

- Formation initiale et formation permanente du personnel ;
 - personnel dispensant les soins primaires,
 - enseignants,
 - personnel auxiliaire spécialisé en audiologie,
 - médecins généralistes, pédiatres et gériatres,
 - audiologues et spécialistes ORL.
- Supervision, motivation et évaluation du personnel à tous les niveaux et possibilités d'évolution de carrière appropriées.
- Promotion de l'éducation à la santé et de la participation des communautés.

ASPECTS FINANCIERS ET TECHNOLOGIQUES

- Versement des salaires et des dépenses nécessaires pour le personnel, les équipements, les fournitures et le transport.
- Promotion de technologies appropriées, par exemple de dispositifs auditifs abordables et de qualité, d'équipements diagnostiques et d'équipements chirurgicaux.
- Mobilisation de ressources financières et autres auprès du gouvernement national, d'institutions gouvernementales et intergouvernementales, de fonds ou de donateurs privés, et d'ONG.

AUTRES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chandler I. *Advocacy for eye health: a practical guide*. London, International Agency for the Prevention of Blindness, 2012 (http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/Advocacy_Guide_6%202_0.pdf; consulté le 6 novembre 2015).
2. *National eye health coordinator manual*. London, International Agency for the Prevention of Blindness (<http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/National%20Eye%20Health%20Coordinator%20Manual.pdf>; consulté le 6 novembre 2015).
3. *Stratégies pour la prévention de la cécité dans les programmes nationaux. L'approche des soins de santé primaires. Deuxième édition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41887/1/9241544929.pdf>; consulté le 6 novembre 2015).
4. Dyer G. *Planning for VISION 2020 at the district level. A manual*. London, International Centre for Eye Health, 2006 (http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/Planning%20for%20VISION%202020%20at%20the%20District%20Level_A%20Manual.pdf; consulté le 6 novembre 2015).
5. *Ear and hearing care: situation analysis tool (référence introuvable)*. Geneva, World Organization, 2015.
6. *Soins primaires de l'oreille et de l'audition : matériel de formation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (voir en particulier le niveau avancé, Mise au point d'un programme national pour la prévention de la surdité et des déficiences auditives, p. 86 90; http://www.who.int/pbd/deafness/activities/hearing_care/advanced.pdf; consulté le 6 novembre 2015).
7. *Newborn and infant hearing screening. Current issues and guiding principles for action*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/blindness/publications/Newborn_and_Infant_Hearing_Screening_Report.pdf; consulté le 6 novembre 2015).
8. *Monitoring the building blocks of health systems. A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf; consulté le 6 novembre 2015).
9. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf; 6 novembre 2015).

**POUR PLUS D'INFORMATION,
CONTACTEZ :**

Département Prise en charge des maladies
non transmissibles, handicap et prévention
de la violence et des traumatismes (NVI)

Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

