



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**La réadaptation fonctionnelle suffit-elle pour une intégration
socioéconomique des personnes handicapées?**

Le cas des amputés de membre inférieur au Togo

présenté par

Yawovi Enyonam Melagbe TUBLU

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 30 Avril 2009

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENCE

Président

Directeur du département Santé, Université Senghor (Alexandrie-Egypte)

Dr Anne Marie MOULIN

Examinateur

Directeur de recherche, CNRS-CEDEJ (Le Caire, Egypte)

Dr El Sayed KHALED

Examinateur

Chirurgien Orthopédique, Chef servie de chirurgie orthopédique, Hôpital El
Cherouk (Alexandrie-Egypte)

Remerciements

Mon âme, bénis l'Eternel !

Que tout ce qui est en moi bénisse son saint nom !

Mon âme, bénis l'Eternel,

Et n'oublie aucun de ses bienfaits !

Ps 103, 1-2

Gloire à toi Seigneur de m'avoir donné l'opportunité de faire cette formation.

Mes remerciements à ma femme bien aimée Eméfa, à Estelle, à Yves et ma belle famille pour vos soutiens de prières depuis Lomé pendant les moments difficiles que j'ai traversé.

Mes remerciements vont également Jérémie Agbodjavou et les tous les membres des deux cellules de prière des étudiants de l'Université Senghor

Yves ! Toi qui m'as montré le chemin de l'Université Senghor. Merci pour tes soutiens.

Agbessi Amewoa, mes sincères remerciements pour tes conseils méthodologiques et ta disponibilité.

Mes remerciements à l'Université Senghor de m'avoir accordé une bourse pour faire cette formation, particulièrement à Dr Christian Mésenge, Directeur du département Santé et son assistante de direction Mme Alice Mounir pour leur encadrement. Je n'oublie pas tous mes collègues de promotion.

Enfin, je tiens à remercier l'ONG Handicap International de m'avoir accordé le stage qui a abouti à la rédaction de ce mémoire et surtout d'avoir financé l'enquête auprès des personnes handicapées. Mes profondes gratitude à tout le personnel de Lyon et du Togo, particulièrement Monsieur Franck Flachenberg et madame Rozenn Botokro pour leur encadrement.

Dédicace

A ma femme Eméfa et à mon fiston Pénuel pour leurs sacrifices. Ce travail est le fruit des mois d'éloignement et de privations que nous avons vécus. Pénuel ! Voici l'aboutissement du travail qui m'a empêché d'être présent pendant les moments de ta naissance. Je te le dédie.

Je dédie également ce Master à feu mon père Cyrille TUBLU et ma mère veuve Dofoe BASSAH qui m'ont mis à l'école et m'ont donné les moyens de progresser dans mes études. Dada ! À la mort de Papa, tu t'es donnée corps et âme que nous puissions continuer nos études. Trouvez en ce travail le fruit de vos efforts.

Yves, je suis sur tes pas. A nos complicités.

Résumé

Le concept de « handicap » a évolué avec le temps. Autrefois analysé exclusivement sous l'angle individuel et médical, il est considéré de nos jours comme la conséquence de l'interaction entre un ensemble de facteurs environnementaux, sociaux et économiques. Les politiques d'intégration sociale en faveur des personnes handicapées devraient alors tenir compte de cette approche multidimensionnelle du handicap. Tel ne semble pourtant pas être le cas au Togo. A travers une analyse de la politique nationale de réadaptation du Togo, on montre que les actions en faveur des personnes handicapées se résument aux soins de réadaptation. Les autres aspects fondamentaux de l'intégration sociale des personnes handicapées notamment la formation et l'emploi sont légués au second plan. En outre, les soins de réadaptation demeurent inaccessibles à la population ; bien qu'ils soient intégrés dans les soins de santé primaires. Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé une enquête qualitative auprès des amputés de membre inférieur pour évaluer l'impact de la politique de réadaptation sur l'intégration socio-économique des personnes handicapés. L'étude montre que les soins de réadaptation uniquement ne suffisent pas pour l'intégration sociale et économique. Certes, ils permettent de mieux réaliser les activités de la vie quotidiennes (se déplacer, participer aux activités socio-récréatives), mais, les amputés de membre inférieur éprouvent des difficultés à retrouver une activité économique. La politique d'intégration sociale des personnes handicapées ne peut se limiter à une politique de soins. Des réformes organisationnelle, économique et juridique ont été proposées dans cette étude, pour une meilleure intégration sociale et économique des personnes handicapées au Togo.

Mot-clefs

Handicap, amputé de membre inférieur, réadaptation, intégration sociale, Togo.

Abstract

The concept of “disability” has changed with the time. Initially analyzed exclusively under medical and individual point of view, it is nowadays considered as the consequence of the interaction between a set of environmental, social and economic factors. Social integration policies to enable disabled should therefore integrate this multidimensional character. Yet, the Togolese policy does not show this case. Through an analysis of the national policy to enable disabled, the thesis point out that in Togo, the policy to enable disabled consist mainly of rehabilitation care. Fundamental aspects of social integration, especially training and employment promotion are neglected. Furthermore, the rehabilitation care is unaffordable and inaccessible for the population, though it is recognized as part of the primary health care. For this study, leg-amputees have been surveyed to evaluate the impact of the national rehabilitation policy on their socio-economic integration. The analysis reveals that rehabilitation alone is insufficient for social and economic integration. Though it makes the daily life activities possible (for example moving, participation in recreational activities), leg-amputees are still left behind when it comes to economic activities. Organizational, juridical and economic reforms have been proposed in the thesis; for a better economic and social integration of disabled in Togo.

Key-words

Disability, leg-amputee, rehabilitation, social integration, Togo

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
- CIH : Classification internationale du handicap
- CNAO-RF : Centre national d'appareil orthopédique et rééducation fonctionnelle
- CRAO-RF : Centre régional d'appareil orthopédique et rééducation fonctionnelle
- FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- MHAVIE : Mesure des habitudes de vie
- MQE : Mesure de la qualité de l'environnement
- OMPH : Organisation mondiale des personnes handicapées
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU: Organisation des Nations Unis
- PPH : processus de production de handicap
- RIPPH : Réseau international de processus de production de handicap

Tables de matières

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé	iii
Mot-clefs	iii
Abstract.....	iv
Key-words.....	iv
Tables de matières	1
Introduction	3
1 Cadre conceptuel	6
1.1 Définition du handicap	6
1.1.1 Typologie du handicap.....	9
1.1.2 Suivant les causes du handicap.....	9
1.1.3 Suivant le moment de survenue du handicap	9
1.2 Réadaptation	10
1.3 Réadaptation fonctionnelle	10
1.4 Intégration sociale.....	11
2 Contexte de l'étude : le Togo	11
2.1 Aperçu sur la situation socioéconomique et sanitaire.....	11
2.2 Aspects épidémiologiques et sociaux du handicap.....	12
2.3 La prise en charge des personnes handicapées	14
2.3.1 Les soins de réadaptation fonctionnels.....	14
2.3.2 L'éducation et la formation professionnelle.....	14
2.4 Le rôle de l'Organisation non gouvernementale « Handicap International ».....	15
3 Revue de la littérature sur la question de l'intégration sociale des personnes handicapées.....	17
3.1 Handicap, marginalisation sociale et pauvreté	17
3.2 De la politique d'assistance vers des politiques d'intégration sociale	20
3.3 Politique de réadaptation et politique d'intégration	21
3.4 Comparaison entre politique d'intégration en France et au Togo	22
4 Méthodologie.....	27
4.1 Objectif spécifique et intérêt de l'étude	27
4.2 Type d'enquête et population d'étude.....	27
4.3 Critères d'inclusion	28
4.4 Outils de recueil des données.....	28
4.5 Méthode de recueil des données.....	29
4.6 Méthode d'analyse des données	29

5	Résultats	30
5.1	Age et sexe des personnes interrogées	30
5.2	Causes des amputations	30
5.3	Accueil dans le centre de réadaptation	30
5.3.1	Accueil du personnel administratif	30
5.3.2	Accueil des techniciens orthoprothésistes	31
5.3.3	Accueil des kinésithérapeutes.....	32
5.4	La qualité des soins de réadaptation fonctionnels	32
5.5	Impressions globale sur l'utilité des soins de réadaptation	33
5.6	Impact sur les habitudes de vie et la participation à la communautaire.....	34
5.6.1	Soins corporels et entretien de domicile	34
5.6.2	Déplacements des amputées.....	34
5.7	Impact économique des soins de réadaptation	35
5.8	Impact social des soins de réadaptation.....	36
6	Discussion	37
7	Propositions.....	38
7.1	L'amélioration de la politique de prévention du handicap	38
7.2	Amélioration de la qualité de la prise en charge	39
7.2.1	Amélioration de l'accueil du patient.....	39
7.2.2	Amélioration de la écoute du patient et de la qualité technique des prothèses	39
7.3	Amélioration de l'intégration sociale et économique des personnes handicapées	40
7.3.1	Sensibilisation des populations sur le handicap.....	40
7.3.2	Adapter l'environnement à la présence des personnes handicapées	40
7.3.3	Rendre disponibles les informations sur les personnes handicapées.....	40
7.3.4	Création d'une commission technique d'orientation scolaire et de reclassement professionnel	40
7.3.5	Création d'une Agence national d'intégration des personnes handicapées.....	41
7.3.6	Renforcement de l'arsenal juridique en faveur des personnes handicapées	41
	Conclusion	42
8	Références bibliographiques.....	43
9	Liste des illustrations	45
10	Liste des tableaux	45
11	Annexes	46
11.1	Annexe 1 : Carte des régions administratives du Togo	46
11.2	Annexe 2 : Carte de la région maritime du Togo	47
11.3	Annexe 3 : Guide d'entretien	48

Introduction

Dans le monde, une personne sur dix a un handicap soit plus de 600 millions de personnes. Plus des 3/4 de ces personnes handicapées vivent dans les pays en développement (PNUD, 1992). Ces personnes vivent le plus souvent dans une extrême pauvreté. Selon la Banque mondiale (1999), elles représentent le 1/5 des plus pauvres du monde. Mais depuis longtemps, les principales stratégies de santé publique ont été prioritairement axées sur les maladies infectieuses et leurs causes. Peu d'importance est accordée aux maladies chroniques, aux accidents, aux traumatismes et leurs conséquences. Mais le nombre sans cesse croissant des personnes handicapées dans le monde dû aux guerres, à l'émergence de nouvelles pathologies handicapantes et au vieillissement de la population amène les épidémiologistes et les spécialistes de la santé publique à se préoccuper des conséquences sociale et économique du handicap. Le handicap devient de plus en plus un enjeu de santé publique (Ravaud ; Ville 2005) et des actions sont mises en place pour favoriser l'intégration sociale et économique des personnes handicapées.

Les mobilisations internationales en faveur de l'intégration sociale des personnes handicapées ont véritablement commencé à partir des années 1980. Conscientes de la précarité et de l'exclusion sociale dans laquelle vivent les personnes handicapées, des associations de personnes handicapées et des organismes de relations publiques se sont lancés dans des plaidoyers et diatribes pour exiger plus d'égalité et de justice sociale. Les actions et les mobilisations sociales de l'Organisation mondiale des personnes handicapées¹ (OMPH), ont conduit l'Assemblée générale de l'Organisation des nations unies (ONU) à proclamer les années 1983 à 1993, la « *Décennie des nations unies pour les personnes handicapées* ». A la fin de la décennie, le 3 décembre fût déclaré « *Journée internationale des personnes handicapés* » dans le but de promouvoir une meilleure compréhension des problèmes liés au handicap et à mobiliser les énergies pour assurer le respect de la dignité, les droits et le bien-être des personnes handicapées. A travers cette journée l'ONU veut également sensibiliser le public aux bénéfices de l'intégration des personnes handicapés dans tous les aspects de la vie économique, sociale et culturelle.

Compte tenu de l'ampleur et des spécificités des problèmes des personnes handicapées en Afrique (manque d'accès aux soins, croyances culturelles et superstitions très fortes), et sur proposition des Fédérations africaines des personnes handicapées, les années 1999 à 2009 furent proclamées « *Décennie africaine des personnes handicapées* ». Toutes ces actions visent la prévention, la réadaptation et l'égalisation des chances des personnes handicapées à travers les Règles Standards. Le couronnement de ces actions est l'adoption par l'ONU en décembre 2006 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

¹ Organisation internationale pour la promotion des droits des personnes ayant des incapacités par la pleine participation, l'égalisation des chances et la coopération internationale

Si tous ces efforts ont contribué à améliorer la situation des personnes handicapées sur le plan mondial, la situation en Afrique reste préoccupante. Peu de pays ont ratifié les textes internationaux et leur application reste lettres mortes dans les rares pays qui l'ont ratifié aux grandes damnes des personnes handicapées. Certes, sur le plan politique, la notion d'intégration sociale des personnes handicapées est devenue un des maitres-mots des discours des hommes politique (même africains), mais les implications de ces intentions pieuses dans la vie quotidienne des personnes handicapées tardent à venir.

Dans les pays développés, on note une prise de conscience qui a donné lieu à une évaluation des conditions de vie socio-économique des personnes handicapées. En France, par exemple, les études Handicap-Incapacité-Déficience de l'INSEE² (1998 ; 1999 ; 2001) ont permis de cerner l'ampleur du sujet et de mettre en place des structures adéquates pour une meilleure intégration sociales des personnes handicapées. On a assisté à la multiplication des centres de prise en charge non spécialisés (centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) et des instituts spécialisés médico-sociaux et professionnels, ainsi que des structures d'aide à l'emploi pour ne citer que ceux là.

Dans les pays en développement, à l'instar du Togo, la politique d'intégration semble essentiellement basée sur l'accès aux soins de réadaptation fonctionnels. Avec le soutien des organisations internationales, les centres de réadaptation sont multipliés et mieux équipés tant en personnels de réadaptation qu'en matériels et consommables.

Mais le problème est de savoir si la politique de intégration sociale telle qu'elle est orientée, c'est-à-dire essentiellement basée sur les soins de réadaptation fonctionnels permet-elle une intégration sociale et économique des personnes handicapées ? Quel est le contenu de la politique nationale de réadaptation du Togo ? Quelles sont les insuffisances de cette politique ? Quels sont les impacts de cette politique sur la réintégration sociale et économique des personnes handicapées ? Telles sont les questions que nous examinerons dans ce mémoire.

Notre motivation pour ce sujet provient de notre formation professionnelle de base. Kinésithérapeute de formation, nous nous sommes sentis toujours interpellé par la question de l'intégration sociale des personnes handicapées. Raison pour laquelle, lors de notre formation de Master santé internationale, nous avons fait le choix de nous appesantir sur la question. Suite à notre demande, l'Organisation non gouvernemental Handicap International France, a bien voulu financer notre stage au Togo. L'objectif assigné à ce stage professionnel est d'évaluer l'impact des soins de réadaptation sur l'intégration socio-économique des amputés de membre inférieur au Togo. L'augmentation des cas d'amputation de membre inférieur ces dernières années et les conséquences socio-économiques qu'ils engendrent justifient ce choix. Alors que le Togo s'est engagé dans une lutte pour éradiquer la poliomyélite (l'une des principales maladies handicapantes dans le pays), le nombre sans cesse croissant des amputés de membre inférieur vient alourdir le fardeau social et économique qu'engendre le handicap. La question principale de cette analyse est de savoir si les soins de réadaptation sont- ils une garantie suffisante

² Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

pour un retour à une vie sociale et économique normale. Autrement dit la réadaptation fonctionnelle suffit-elle pour une intégration sociale et économique ?

L'objectif de cette étude est double : d'abord analyser les grandes orientations de la politique nationale de réadaptation du Togo afin d'en dégager les limites en matière d'intégration socio-économique des personnes handicapées et ensuite par une enquête de terrain analyser l'impact réel de cette politique de réadaptation sur les habitudes de vie des personnes handicapées.

La situation des personnes handicapées au Togo étant mal élucidée (carence d'informations sur leurs conditions de vie et absence d'informations sur l'efficacité des actions accomplies sur le terrain), l'ambition de cette étude est de jeter un regard critique sur les actions menées dans le domaine du handicap au Togo notamment l'intégration socio-économique des personnes handicapées. Notre objectif est de susciter des réflexions sur des réformes à mener, pour une amélioration des conditions de vie des personnes handicapées au Togo.

Le travail comporte sept chapitres :

- le premier chapitre pose le cadre théorique de l'étude. Il de la définition de quelques concepts fondamentaux pour la compréhension du sujet ;
- le contexte de l'étude est présenté dans le second chapitre ;
- le chapitre trois présente le résumé de la question d'intégration sociale des personnes handicapées à travers la littérature ;
- on explique la méthodologie de l'enquête effectuée auprès des amputés de membre inférieur dans le quatrième chapitre ;
- les résultats de l'étude sont présentés dans le cinquième chapitre ;
- une discussion des résultats est faite dans le sixième chapitre. On apprécie le niveau d'intégration des amputés de membre inférieur et on répond à la question de savoir si la réadaptation fonctionnelle suffit-elle pour une intégration socio-économique ;
- enfin dans le septième chapitre, on présente des propositions et pistes de réflexion en vue de l'amélioration de l'intégration socio-économique des personnes handicapées au Togo.

1 Cadre conceptuel

Afin de pouvoir examiner la situation des personnes handicapées, il est important de savoir ce que recouvrent vraiment les concepts de « handicap », « réadaptation », « réadaptation fonctionnelle » et « intégration sociale ».

1.1 Définition du handicap

Utilisé il y a environ un siècle seulement dans les courses de chevaux en Irlande, le mot « handicap » s'est généralisé dans l'entre deux guerre pour désigner une catégorie de personnes aux limites très imprécises. Le galvaudage qui a suivi les mutations du mot a poussé l'Organisation mondiale de la santé à proposer à travers les travaux de Philippe Wood (1980), une définition pour mettre fin à ce désordre et permettre au monde de la réadaptation d'utiliser un même langage. Selon l'OMS (1980), le handicap est le désavantage qui résulte d'une déficience³ ou d'une incapacité⁴ limitant ou empêchant l'accomplissement de tâches considérées comme normales.

A titre d'illustration, prenons l'exemple d'un amputé de membre inférieur à la suite d'un accident. On peut décliner son handicap de la façon suivante :

- la déficience motrice est l'amputation du membre ;
- l'incapacité motrice est l'ensemble des dysfonctionnements fonctionnels engendrée par la déficience (trouble de marche par exemple);
- le handicap est l'ensemble des désavantages qui découle de cette situation (impossibilité de jouer, d'aller au service, d'aller au cinéma, de travailler).

On peut schématiser la situation de la façon suivante :

Accident ► Déficiences ► Incapacités ► Désavantages (handicap)

Figure 1 Handicap selon la CIH

A travers cette définition, on constate que le handicap se définit à travers les capacités et caractéristiques individuelles de la personne handicapée (Delcey, 2002). Le handicap n'est entrevu qu'à travers la maladie. Cette vision renforce l'inscription du concept de handicap dans le champ de la réadaptation et le circonscrit au domaine du corps à réparer (Barral, 1999; Stiker, 1997). C'est ce qu'on a appelé « la conception biomédicale du handicap ». D'après cette conception, c'est l'individu handicapé (à travers sa maladie ou son accident) qui a quitté les normales sociales. Cette personne a besoin d'être réintégrée dans la société à travers la rééducation ou la réadaptation fonctionnelle. (Delcey, 2002).

³ Une anomalie ou une réduction d'une fonction ou structure anatomique, physiologique ou psychologique.

⁴ Une réduction ou une absence d'aptitude, résultant d'une déficience, à réaliser une activité de la manière ou dans les limites considérées comme normales.

Cette approche causale du handicap, a deux avantages. Apparue à une période post-conFLICTUELLE, elle a eu le mérite d'avoir permis le règlement des litiges de réparation et de compensation des victimes des guerres et des catastrophes qu'a connues le XX^{ème} siècle (Jamet, 2003). Elle a également permis l'émergence et le développement des sciences de la réadaptation (kinésithérapie, orthoprothèse). En dépit de ces deux avantages, cette approche reste critiquable dans son ensemble. Sa limite principale est d'avoir ignoré les autres déterminants de la santé notamment les facteurs environnementaux et socio-culturels (Delcey, 2002, Barral, 1999; Barral et Roussel, 2002; Ravaud, 1999).

Ces critiques ont conduit l'Organisation mondiale de la santé (2001) à proposer une nouvelle définition (classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé) qui intègre les dimensions « participation sociale » et « facteurs environnementaux ». Le lien entre le handicap et la maladie n'est plus linéaire comme dans la première définition de 1980. Le handicap est la résultante de plusieurs facteurs, notamment des facteurs corporels, des facteurs socioculturels et environnementaux. Une même déficience, un même problème corporel sera vécu de manière très différente selon le regard que la société porte sur lui, selon la manière dont la société est organisée.

En dehors de cette définition de l'Organisation mondiale de la santé, il existe dans la littérature d'autres approches systémiques du handicap. La plus utilisée de toutes ces définitions, est celle développée par Fourgeyrollas et al (1998) à travers le Réseau international de processus de production du handicap (RIPPH). Comme l'illustre la

Figure 2, le handicap est un phénomène complexe et multifactoriel qui résulte de l'interaction de quatre facteurs principaux :

- facteurs de risque

Les facteurs de risque sont l'ensemble des éléments appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptibles de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

- les facteurs personnels

Les facteurs personnels sont les caractéristiques appartenant à la personne, telles que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques (ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune) et les aptitudes (possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale).

- les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux sont l'ensemble des dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société: l'accessibilité au bâtiment, la disponibilité d'une adaptation des tâches, l'accès aux services de soins de réadaptation, à la formation professionnelle et la disponibilité de l'emploi.

- les habitudes de vie

Les habitudes de vie sont l'ensemble des activités courantes ou des rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité

socioculturelle, etc.). Elles assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. La qualité de réalisation des habitudes de vie est donc un signe du degré de participation et d'intégration sociale de la personne.

Fourgeyrollas et al (1998) définissent le handicap comme la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction des facteurs personnels avec les facteurs environnementaux.

Cette approche est plus utilisée par que les associations⁵ qui militent pour une meilleure participation sociale des personnes handicapées. Ces associations estiment que l'approche de Fourgeyrollas et al est plus sociale. Les auteurs ont élaboré conformément à leur modèle d'approche deux questionnaires qui permettent d'évaluer le niveau de participation et d'intégration des personnes handicapées dans un milieu social donnée. Il s'agit de deux questionnaires sur la mesure des habitudes de vie (MHAVIE) et la mesure de la qualité de 'environnement (MQE).

Le guide d'entretien utilisé au cours de notre enquête auprès des personnes handicapées est basé ces questionnaires.

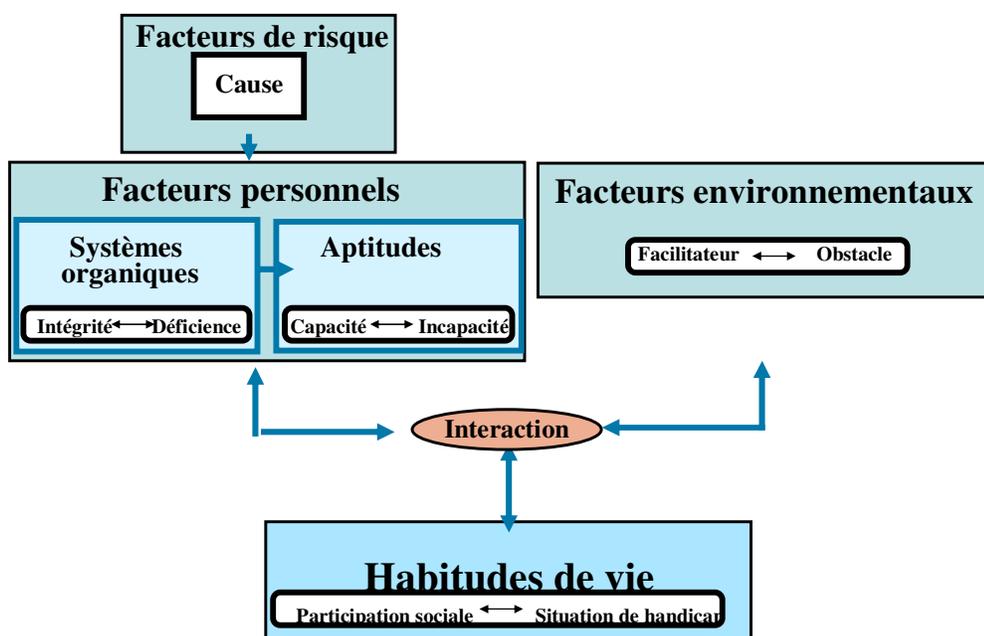


Figure 2 Processus de production du handicap (Fourgeyrollas et al., 1998)

⁵ C'est cette approche qu'utilise l'ONG Handicap International qui œuvre de plus de 25 pour la cause des personnes handicapées dans le monde. C'est au sein de cette association que nous avons effectué notre stage professionnel.

1.1.1 Typologie du handicap

On distingue généralement le handicap suivant sa cause et suivant son moment de survenue dans la vie de la personne handicapée.

1.1.2 Suivant les causes du handicap

- le handicap moteur

Il s'agit des incapacités liés à une déficience ou à un trouble de l'appareil locomoteur (muscles, tendons, ligaments, os). Il peut s'agir d'une déficience (paralysie par exemple) d'un membre ou d'un segment de membre ou d'une absence totale d'un membre ou d'un segment de membre (amputation). Ceux qui en sont victimes sont appelés des handicapés moteurs.

- le handicap visuel

Encore appelé la malvoyance, il se traduit par une inexistence ou une perte à des degrés variables, de l'acuité visuelle. Les personnes victimes de ce type de handicap sont appelées des handicapés visuels ou des malvoyants.

- le handicap auditif

C'est une inexistence ou une perte à des degrés variables de l'acuité auditive. Ceux qui en sont victimes sont appelés des handicapés auditifs ou des malentendants.

- le handicap mental

Il s'agit des déficiences intellectuelles et des affections mentales générant des états déficitaires. Les personnes victimes de ce type de handicap sont appelées des handicapés mentaux.

1.1.3 Suivant le moment de survenue du handicap

- les personnes qui sont nées avec leur infirmité ;
- les personnes qui sont devenues handicapées dans leur petite enfance ;
- les personnes qui sont devenues handicapées à l'âge adulte.

Cette distinction suivant le moment de survenue du handicap nous paraît importante parce que les enjeux de réadaptation et d'intégration sociale ne sont pas les mêmes. Les deux premières catégories de personnes doivent s'armer de courage et de détermination pour « gagner » leur intégration professionnelle et sociale. Quant à la dernière catégorie de personnes, elle doit se battre pour ne pas se faire exclure. Ces personnes doivent lutter pour éviter le chômage (Bardoulet ; Igounet, 2007). Les amputés de membre inférieurs qui sont au cœur de cette étude, se situent dans le deuxième groupe. En dehors des soins de réadaptation, les stratégies d'intervention en vue d'une meilleure intégration sont donc différentes selon la catégorie ciblée. En faveur des deux premières catégories, il faut principalement des actions de formations et adaptation du milieu de vie pour leur assurer une intégration sociale et économique. Quant à la seconde catégorie, elle a besoin d'être aidée et protégée pour ne pas perdre l'emploi ou pour en retrouver facilement.

On peut donc retenir qu'il ne faut pas assimiler le handicap à l'infirmité d'une personne. Le handicap est une réduction ou une perturbation dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, sous l'influence d'un ensemble de facteurs personnels, environnementaux, culturels, politiques et psychologiques. Quand à l'expression « personne handicapée », elle regroupe plusieurs catégories de personnes notamment les handicapés moteurs, visuels, auditifs et mentaux.

1.2 Réadaptation

Selon l'Organisation mondiale pour la santé (1997), « *la réadaptation est un processus complexe qui a pour but de rétablir la valeur sociale de l'individu* ». Plus explicite Zibri et Poupé-Fontaine(2007) la définissent comme le « *fait d'assurer le passage d'une prise en charge médicale à l'aide et à l'accompagnement pour une vie sociale la mieux adaptée et la plus normale possible* ». Ils précisent que les apprentissages relationnels, professionnels et sociaux sont utilisés en complément des soins de réadaptation. Cette dernière précision est de taille parce qu'elle permet de cerner les trois composantes principales de la réadaptation. Il s'agit de la réadaptation professionnelle, de la réadaptation sociale et des soins de réadaptation encore appelés réadaptation fonctionnelle.

1.3 Réadaptation fonctionnelle

Selon Dossier *Réadaptation* (2002), la « *réadaptation fonctionnelle* » ou « *médecine physique* » est un complément de prise en charge qu'on donne aux malades souffrant d'affections invalidantes pour leur permettre un retour à une activité professionnelle, sportive et à une vie quotidienne. Elle regroupe trois catégories d'actions :

- une action préventive

Elle a pour objectif la prise en charge précoce des victimes d'accidents ou malades souffrant d'affections invalidantes. Elle consiste en la mise en œuvre des diverses techniques kinésithérapiques pour optimiser les traitements médicaux et chirurgicaux dans le souci réduire l'alitement du patient et le cout social de nombreuses pathologies.

- une action de récupération

Elle consiste à supprimer ou réduire la déficience fonctionnelle qu'engendre une pathologie.

- une action de compensation

Elle n'intervient que lorsque la récupération n'est pas totale. Elle se traduit par prescription d'un appareillage (orthèse, prothèse, aides techniques) à la personne handicapée pour lui assurer un retour à une vie sociale

Il se dégage donc une différence fondamentale entre « *réadaptation fonctionnelle* » et « *réadaptation* ». Le premier fait partie du champ purement médical, plus exactement du domaine paramédical, alors que le second est un ensemble d'aides (dont la réadaptation fonctionnelle) apporté à la personne handicapée pour lui faciliter un retour à la vie sociale.

1.4 Intégration sociale

On entend par « *intégration sociale* » la situation vécue par un groupe au sein de la collectivité, elle peut se définir par opposition à la mise à l'écart et à la ségrégation sociale (Dubar, 1999). On peut donc définir « *intégration sociale des personnes handicapées* » comme les liens de participation sociale et d'appartenance que ces personnes ont dans leur communauté. Zibri et Poupé-Fontaine(2007) ont distingué trois niveaux d'intégration :

- l'intégration physique

C'est le premier niveau de l'intégration sociale. Elle se traduit par la capacité de la personne handicapée à vivre dans des logements et habitats ordinaires.

- l'intégration fonctionnelle

C'est le niveau intermédiaire de l'intégration sociale. C'est l'ensemble des adaptations et des apprentissages qui permettent à la personne handicapée d'utiliser les services collectifs notamment l'utilisation des transports en commun et l'accès aux édifices publics.

- l'intégration sociale

C'est le niveau le plus élevé de l'intégration sociale. C'est la pleine participation sociale et économique de la personne handicapée.

Après avoir défini de ces principaux concepts, on va apprécier le niveau d'intégration sociale des personnes handicapées. Nous mettrons en exergue le rôle que jouent les représentations socio-culturelles du handicap (Stiker, 2002) et la pauvreté dans la marginalisation des personnes handicapées (Banque Mondiale, 1999).

2 Contexte de l'étude : le Togo

2.1 Aperçu sur la situation socioéconomique et sanitaire

La République togolaise est un pays de l'Afrique de l'Ouest, ouvert sur le golfe de Guinée, limité au nord par le Burkina Faso, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana. C'est l'un des plus petits États africains avec 56 790 km², s'étirant sur 550 km du nord au sud avec une largeur n'excédant pas 130 km. Le Français est la langue officielle de travail. Les deux principales langues nationales sont l'Ewé et le Kabyé

Le pays a connu une dizaine d'année de crise sociopolitique qui a mis à mal son économie et son système de santé. Depuis 1990, les indicateurs sociaux ne cessent de se détériorer. Par rapport à l'Indice de Développement Humain (IDH), il est passé du 143^{ème} /177 en 2002 à la 159^{ème} / 179 en 2008 pays. Le système de soins est assez décentralisé avec l'existence des unités de soins périphériques dans les villages, les hôpitaux de district dans les chefs-lieux de préfecture et des centres hospitaliers régionaux dans les chefs-lieux de régionaux. Il existe 3 hôpitaux de référence nationale : les centres hospitaliers universitaire (CHU) Tokoin et Campus à Lomé (la capitale) et CHU

de Kara. En moyenne, il faut parcourir 5 km pour accéder aux soins. Mais le problème majeur est l'accessibilité financière aux soins. En l'absence d'un système de protection sociale, les patients doivent directement payer les soins de leurs poches. Cette situation a des conséquences négatives sur le recours aux soins et par conséquent sur la morbi-mortalité.

2.2 Aspects épidémiologiques et sociaux du handicap

Le nombre exact de personnes handicapées n'est pas connu. Le recensement général de la population qui date de 1981 avait dénombré 44 476 personnes handicapées dont 15 464 handicapés moteurs (Ministère de la Santé 2005). Avec une population totale estimée à 5 000 000 d'habitants en 2005, les personnes handicapées seraient de 500 000.⁶ Les 4/5 de ces personnes vivent dans les zones rurales. Mais cette estimation serait en dessous de la réalité à cause d'un certain nombre d'événements sociaux, économiques et sanitaires auxquels le pays fait face depuis ces dernières années. Il s'agit principalement :

- des vagues de violences sociopolitiques

Depuis 1990, le Togo connaît un processus de démocratisation très mouvementée. Cette situation a engendré des violences sociales avec un cortège de blessés.

- l'apparition des taxis-motos

Il est apparu au Togo depuis les années 1990, un nouveau moyen de déplacement. Il s'agit des taxis-motos. Communément appelés « zémidjan » ou « Oléyia », ces taxis-motos sont devenus le principal moyen de déplacement des Togolais. Ils représentent environ 80% du transport public.⁷ Mais ce moyen de déplacement se révèle très accidentogène. Ignorant les codes de la route, les conducteurs de taxi-moto sont responsables de la majorité des accidents de la voie publique au Togo. En 2000, sur les 1900 accidents de la voie publique, 682 leur sont directement imputables.⁸ Ces chiffres auraient doublés de nos jours.

- l'émergence de nouvelles pathologies handicapantes.

Le Togo est confronté à l'émergence de deux pathologies handicapantes. Il s'agit du diabète et de l'ulcère de Buruli. Les prévalences exactes de ces pathologies ne sont pas connues faute d'études récentes fiables. Selon une étude faite en 1985, 54% des amputés vasculaires non traumatiques sont des diabétiques (Houessou-Zando, 1985). Compte tenu de la modification des habitudes de vie au Togo (changement des habitudes alimentaires et inactivité), on peut penser que les prévalences du diabète et ses conséquences handicapantes soient plus élevées de nos jours.

⁶ Si nous basons sur le ratio de l'Organisation mondiale de santé qui estime que dans un pays, 10% seraient des personnes handicapées.

⁷ Ministère du Commerce et des Transports du Togo. Direction Générale du Garage Central et des Permis de Conduire

⁸ Chiffres, Ministère de la Santé Togo

En ce qui concerne l'ulcère de Buruli, on ne dispose pas d'étude nationale. Mais une étude hospitalière menée de janvier 2000 à décembre 2001 au centre hospitalier Tokoin de Lomé (le plus grand centre hospitalier du pays) a montré un accroissement de l'incidence de la maladie. La zone côtière très lagunaire, les terres marécageuses de l'intérieur du pays où se pratiquent les cultures maraîchères et la riziculture et les vallées des fleuves ont été identifiées comme des zones à risques (James *et al*; 2003).

Sur le plan social, les croyances et les superstitions demeurent vivaces et agissent sur l'intégration sociale des personnes handicapées. Pour l'illustrer, nous avons étudié les représentations sociales du handicap au Togo. La représentation sociale étant une forme de pensée sociale, elle est le véhicule d'un mode de penser, de communiquer, de sentir, de comprendre et de d'agir d'un groupe social (Jodolet, 1997). De ce fait, une analyse des représentations d'un groupe social sur un sujet ou un objet permet décoder les perceptions de ce groupe. Le langage étant le véhicule d'une culture, elle porte la marque des représentations sociales. C'est pour cette raison que nous avons voulu savoir quelle image se dégage de la désignation du handicapé moteur dans 4 communautés au Togo. Il s'agit des Ewé, des Kabyè, des Anufo et des Tem. (Tableau 1).

Tableau 1 Désignation de l'handicapé moteur dans 4 dialecte du Togo (source de l'auteur)

Dialecte	Désignation soutenue du handicapé moteur		Désignation populaire du handicapé moteur	
	Expression	Signification	Expression	signification
Ewé	atamenoamesito	Personne qui n'a pas membre inférieur	gbafa	membre inférieur à moitié cassé
Kabyè	kakalo	Personne qui a perdu l'usage membre inférieur	ɛjam	Personne faible
Anufo	wobtiwa	Paralysé de MI ou personne qui n'a pas de membre inférieur	Adja kplé kouwa	membre inférieur tordue ou démarche claudicante
Tem	nowon'do	Personne qui n'a pas membre inférieur	galan galan	Fait allusion à la démarche claudicante

Nous remarquons que dans les 4 dialectes étudiés, il existe deux types de désignations : une désignation relevant du langage soutenu et une seconde appartenant au langage courant. On constate que la désignation soutenue caractérise le handicap moteur par « un manque ». Ainsi, en Ewé « *atamenoamesito* » signifie la personne qui n'a pas de membre inférieur. Cette appellation nous semble extrémiste, en ce sens qu'elle assimile tout déficit à un manque total. Dans le langage courant, l'accent est sur le caractère tordu du membre : « *gbafa* » en Ewé signifie « cassé à moitié » et « *galan galan* » en Tem est une onomatopée qui fait allusion à la démarche claudicante de la personne

handicapée. Il se dégage donc une image péjorative du handicap moteur, même si le langage soutenu essaie ne pas désigner directement le trouble comme le fait le langage courant. Les personnes handicapées doivent faire face toute leur vie à un étiquetage discriminatoire. A la blessure physique que constitue l'infirmité, s'ajoute une blessure de l'âme. Toutes ces représentations dévalorisantes sont un frein à l'intégration sociale des personnes handicapées. La place accordée aux personnes handicapées dans leur communauté est donc tributaire des représentations sociales. Cette situation illustre le poids des facteurs socioculturels dans le handicap dans les sociétés.

2.3 La prise en charge des personnes handicapées

2.3.1 *Les soins de réadaptation fonctionnels*

Dans les années 1980, le Togo n'avait qu'un seul centre de réadaptation fonctionnelle, le Centre National d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle (CNAO-RF) qui se trouve à Lomé la capitale. Mais, progressivement d'autres centres furent créés et aujourd'hui, en plus du CNAO-RF de Lomé, il existe quatre centres Régionaux d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle (CRAO-RF). Il s'agit du CRAO-RF d'Atakpamé, de Sokodé, de Kara, et de Dapaong. C'est grâce aux soutiens de Handicap International et du Fonds Spécial du Comité International de la Croix Rouge en faveur des handicapés que les centres de réadaptation ont été multipliés, mieux équipés et les professionnels de réadaptation mieux formés.

En dehors de ces centres d'appareillage et de rééducation, il existe depuis dans centres hospitaliers régionaux et dans presque tous les hôpitaux préfectoraux (depuis 2008) une unité de kinésithérapie. Les trois centres hospitaliers universitaires du Togo (Lomé Tokoin, Campus de Lomé et Kara) et le CNAO-RF dispose d'une unité de rééducation orthophonique. A coté de ces centres publics, se trouvent deux centres confessionnels (le centre d'Afangnan au sud du pays), le centre de Bombouaka (au nord du pays) et quelques centres privés essentiellement dans la capitale.

Avec le soutien de tous ces partenaires, une nouvelle politique nationale de réadaptation fût élaborée en 2005. En plus des soins de réadaptation, l'éducation et la formation des personnes handicapées sont assurées dans des écoles et des centres de formations. Mais la plupart des centres sont installés par des missions chrétiennes et les organisations non gouvernementales.

2.3.2 *L'éducation et la formation professionnelle*

En ce qui concerne l'éducation primaire des enfants, on dénombre :

- 2 écoles qui accueillent les handicapés auditifs âgés de 5 à 18 (à Lomé la capitale, et à Dapaong à l'extrême nord du pays) ;
- 5 instituts de formation pour les handicapés visuels dans 5 villes du pays (Lomé, Togoville, Kpalimé, Sokodé et Kara) ;

- 9 instituts de formations ont été créés dans pour la formation des enfants handicapés mentaux (4 à Lomé, 1 Kpalimé, 1 Atakpamé, 1 Sokodé, 1 Kara 1 Dapaong) ;
- pour les enfants handicapés moteurs, ils ont tant bien que mal la possibilité d'être scolarisés dans les établissements scolaires ordinaires du pays.

Quant à la formation professionnelle, il existe :

- 6 centres de formations artisanales pour les handicapés visuels ;
- 1 centre de formation pour les handicapés mentaux,
- 6 centres professionnels donnaient des formations professionnelles aux handicapés moteurs, mais depuis quelques années ces centres ne sont plus fonctionnels faute de moyens.

2.4 Le rôle de l'Organisation non gouvernementale « Handicap International »

Créée en 1982 par deux (2) médecins français, Handicap International est une organisation non gouvernementale dont le champ d'action est devenu planétaire. A l'origine implantée en France, Handicap International a pu ouvrir des sections dans plusieurs pays, notamment en Suisse, en Grande-Bretagne, en Belgique, au Canada, aux Etats-Unis, ou encore au Luxembourg. Elle travaille autour des axes suivants: la réadaptation et réinsertion des personnes handicapées, la prévention du handicap et la lutte contre les mines anti-personnelles.

En manière de réadaptation et d'insertion, elle

- apporte des aides financières, matérielles et techniques aux services de réadaptation dans la fabrication des appareils (prothèses, fauteuils roulants, béquilles.) pour aider les personnes handicapées à retrouver une certaine autonomie de mouvement,
- sensibilise les communautés, pour démystifier et changer de regard sur le handicap, et propose des projets économiques et des activités communautaires (sport, loisirs) où les membres « valides » de la communauté sont associés aux personnes en situation de handicap dans le souci de promouvoir l'insertion socio-économiques des personnes handicapés.

Dans le domaine de prévention du handicap, elle

- mène des actions de sensibilisation des communautés et de formation des professionnels de soins pour lutter contre les maladies handicapantes (lèpre, polio, ulcère de Buruli...),
- fait la prévention en matière d'accidents (programme de formation, infrastructures et législations) en vue de réduire les accidents de la voie publique,
- lutte contre les mines antipersonnelles (démunage, sensibilisations...).

Implanté au Togo depuis 1997, Handicap International est basée à Lomé, avec une antenne à Dapaong à l'extrême nord du pays. Son plan stratégique au Togo est basé sur 2 axes principaux (Figure 3).

En ce qui concerne la prise en charge des personnes handicapées, quatre (4) projets y sont exécutés:

- le projet "ENAM" pour le renforcement des capacités des départements orthophonie, kinésithérapie et orthoprothèse de l'Ecole Nationale des Auxiliaires de Lomé (ENAM) en vue de l'amélioration des compétences et des pratiques des professionnels de la réadaptation
- le projet "Orthopedie-Reéducation" qui vise à renforcer les capacités des structures d'appareillage orthopédique et de rééducation fonctionnelle
- le projet "soutien à l'orthophonie" qui soutient le nouveau département d'orthophonie de ENAM, tout en promouvant et professionnalisant ce nouveau métier de la réadaptation au Togo
- le projet "Prise en charge des troubles de langage et de communication" qui vise la scolarisation des enfants handicapés auditifs.

Dans le domaine de l'intégration socio-économique des personnes handicapées deux (2) projets sont mis en œuvre:

- un projet d'appui aux associations des personnes handicapées pour le développement et le pilotage des projets économiques,
- un projet de renforcement des acteurs associatifs et communautaires en matière de promotion des droits des personnes en situation de handicap.

La plupart des projets sont financés par les fonds propres de Handicap International par ses partenaires (MAE Lux, Commission Européenne, MAE France, FETAPH, SCAC, Fondation André et Cyprien...)

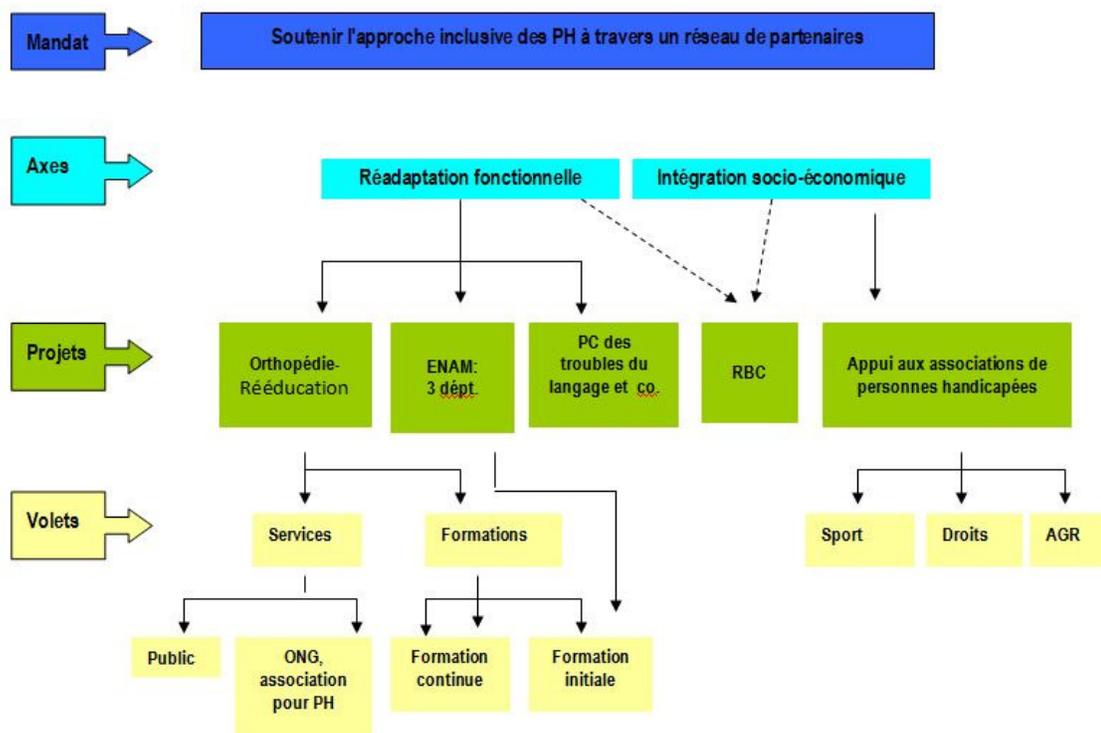


Figure 3 Stratégie Handicap International au Togo (2007)

3 Revue de la littérature sur la question de l'intégration sociale des personnes handicapées

La littérature économique et sociale permet d'établir un lien entre le handicap et la pauvreté. Quelles sont donc les difficultés sociales et économiques que vivent les personnes handicapées ? Quelles sont les actions qui sont entreprises pour améliorer leurs conditions de vie ?

3.1 Handicap, marginalisation sociale et pauvreté

Selon l'Organisation mondiale de la santé, environ 600 millions de personnes dans le monde (soit environ 10 % de la population mondiale) connaissent diverses formes de handicap. Parmi ces personnes handicapées, 80 %, soit plus de 400 millions, vivent dans des pays pauvres⁹. Les conflits armés, les maladies infectieuses auxquelles font face ces pays, ne font qu'accroître sans cesse le nombre de personnes handicapées. Malheureusement ces pays sont moins bien équipés pour répondre à leurs besoins. Il existe également dans ces pays des considérations socioculturelles qui aggravent les conditions de vie des personnes handicapées.

Ces personnes handicapées sont victimes de discrimination et d'exclusion qui ont des conséquences très négatives sur leur niveau d'intégration et de participation sociale. En effet, les discriminations envers les personnes handicapées sont aussi vieilles que le monde. Dans la Grèce Antique, l'infirmité est vue comme un maléfice. Un nouveau né difforme est interprété comme un message des dieux adressé à un groupe social fautif et en risque de déviance. Pour monter aux dieux que le message est reçu et compris, le nouveau-né difforme est abandonné dans la forêt ou dans un espace inhabité pour y mourir (Stiker, 2002). Dans la culture hébraïque, quoiqu'il existe une compassion envers l'infirme, il est banni d'un certaines de tâches considérées comme sacrées. C'est ainsi qu'un fils de prêtre né infirme est interdit de culte, donc du rôle social qui devrait le sien.

Certes, de nos jours les mentalités ont beaucoup évolué. Les personnes handicapées ne sont plus ni sacrifiées, ni bannies de la société. Mais, à défaut d'être rejetées, elles sont juste tolérées. Elles ne sont ni esclaves, ni citoyens à part entière, ni totalement asservies (Gadou, 1997). Dans une société très idéaliste qui rêve d'hommes et de femmes zéro défaut, les personnes handicapées paraissent gênantes et fautives de troubler l'ordre normal des choses. Delà surgit la catégorisation du *normal et du pathologique* (Stiker, 2002). Dans certaines sociétés traditionnelles d'Afrique et d'Asie, les croyances et les superstitions demeurent vivaces, renforçant les discriminations envers les personnes handicapées qui sont tenues pour responsable de leur handicap (Kurland, 2000).

Il est donc clair que les personnes handicapées qu'elles vivent dans les sociétés modernes ou traditionnelles sont toutes confrontées à des difficultés d'intégration sociale. Toutefois, il faut remarquer que les enjeux diffèrent selon le contexte. Les personnes handicapées des pays développés éprouvent

⁹ <http://www.un.org/french/esa/social/disabled/>, consulté le 23/06/2008

des problèmes de chômage d'inaccessibilité aux édifices public, mais vivent grâce à l'assistance sociale. Mais le travail étant une valeur sociale très importante dans ces sociétés, le manque d'emploi un est facteur d'exclusion sociale (Bardoulet ; Igounet, 2007). Par contre, dans les pays en développement les personnes handicapées éprouvent une pauvreté nutritionnelle et ne survivent parfois que grâce à la mendicité.

Il existe un lien bidirectionnel entre pauvreté et le handicap. La pauvreté est à la fois une cause et une conséquence du handicap (DFID 2000). Les personnes handicapées représentent près de 20 % des personnes les plus pauvres et plus de 50 % des handicaps sont directement liés à la pauvreté (Banque Mondiale, 1999). Les principales causes du handicap dans les pays en développement étant la malnutrition, des maladies infectieuses, des malformations congénitales et des conflits armés. Comme conséquence, le handicap entretient et exacerbe la pauvreté. Les personnes handicapées ont une moindre chance d'avoir l'éducation. Cette situation est due d'une part aux croyances et d'autre part au manque de structures spécialisées (enseignants spécialisés, matériels didactiques...) pour accueillir les enfants handicapés. L'UNESCO(1993) estime que seulement 1 à 2% des enfants handicapés ont accès à l'éducation dans les pays en développement. D'après une étude du PNUD(1998),¹⁰ le taux d'alphabétisme mondial pour les adultes handicapés ne dépasserait pas 3 %. De plus, les personnes handicapées ont un accès limité aux soins. On estime seulement à 2% les personnes handicapées qui ont accès aux soins de réadaptation et aux de santé de base (ONU, 1993).

Comme conséquence de toutes ces marginalisations, on retrouve peu les personnes handicapées sur le marché de l'emploi. Les rares personnes handicapées qui sont sur le marché de l'emploi sont victimes des préjugés. Le préjugé de la moindre productivité, la peur de l'absentéisme, d'accidents de travail constituent en autres des facteurs de réticence pour le recrutement des personnes handicapées Pour corollaire, le taux de chômage des personnes handicapées atteindrait 80 % dans certains pays en développement (PNUD, 1998).

Comme l'illustre la figure 3, il existe un cercle vicieux entre la pauvreté et le handicap. Exclues du tissu social et économique, les personnes handicapées sont donc très vulnérables. Cette vulnérabilité ne fait qu'aggraver le handicap, perpétuant le cercle vicieux (DFID, 2000).

¹⁰ <http://www.un.org/french/disabilities/convention/facts.shtml>, consulté le 23/06/2008

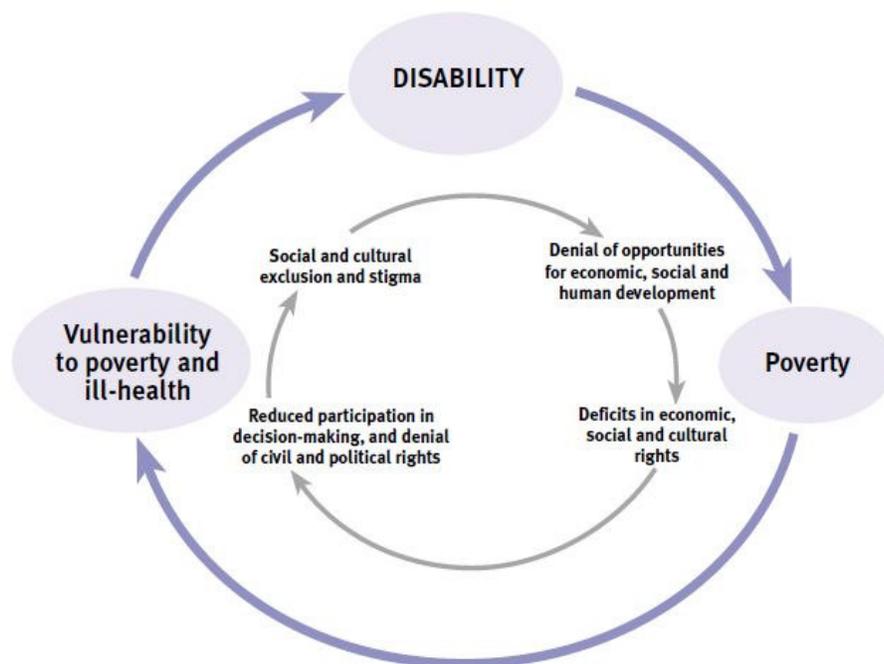


Figure 4 Cercle vicieux pauvreté-handicap (DFID 2000)

Au Togo, près de 47,3% des ménages togolais se situent en deçà du seuil de pauvreté (FNUAP Togo, 2008)¹¹. On peut en déduire que les personnes handicapées en sont durement frappés. Environ 75% de la population vivent en milieu rural. Dans ces communautés fortement traditionnelles, le statut de la femme passe des tâches bien définies par la norme sociale notamment faire la cuisine, chercher de l'eau, aider le mari dans ces activités champêtre. La perturbation de la réalisation de ces activités par l'existence d'une infirmité amplifie de handicap et isole la femme de toute participation sociale. Si la femme est née handicapée, cette situation peut conduire au statut de célibataire. Par contre, si le handicap survient à l'adulte, le risque de se voir répudié par son conjoint est très fort. Une étude menée au Togo par l'organisation non gouvernementale Handicap International(2007)¹² montre qu'environ 68 % des femmes handicapées vivent sans conjoint contre 41% d'hommes handicapés. En l'absence de toute protection sociale, les personnes handicapées sont obligées de se livrer à la mendicité ou de compter sur les bonnes volontés pour assurer leur survie. A la honte sociale que constitue le handicap, s'ajoutent les difficultés économiques à cause de la marginalisation sociale qu'il engendre.

Face à cette situation d'exclusion sociale des personnes handicapées, des tentatives de solution ont été proposées. Quelle est la genèse des ces actions ? Quelles sont leurs contenus et quel est leur impact sur la vie quotidienne des personnes handicapées ?

¹¹ La pauvreté au Togo, <http://www.republicoftogo.com>, consulté le 23/01/2009

¹² <http://www.handicap-international.fr/bibliographie-handicap/7Donnees/RapportEtude/EnqueteTogo2007.pdf>

3.2 De la politique d'assistance vers des politiques d'intégration sociale

Jusqu'au XX^{ème} siècle, les personnes handicapées n'avaient pas l'obligation de travailler. Elles faisaient partie de la catégorie des pauvres qui pouvaient légitimement bénéficier de secours (Rivaud *et al.*). Mais, il n'existait aucune politique publique d'assistance en leur faveur. Les personnes handicapées vivaient de la bienfaisance des riches ou des paroisses. En 1905, par une loi de 14 juillet, la France décrète « l'assistance obligatoire aux vieillards infirmes ». Cette loi prévoit une allocation mensuelle pour ces personnes.

Deux événements importants vont contribuer à infléchir le traitement social et la signification du handicap en Europe. Il s'agit d'une part de l'augmentation des accidentés du travail consécutifs aux vagues d'industrialisations et d'autre part de l'apparition des milliers de mutilés de la Grande Guerre. Le problème de prise en charge de l'invalidé qui résulte de ces deux situations oblige la France à poser le principe des maladies professionnelles (loi du 25 octobre 1919) et à créer l'Office national des mutilés et réformés et le Centre d'étude et de recherche sur l'appareillage des handicapés. Ces institutions organisent la rééducation fonctionnelle des mutilés de guerre et subventionnent des écoles de rééducation.

Ainsi, naquit le secteur de la réadaptation fonctionnelle. La survenue du handicap compromettant l'emploi, en contrepartie de leur handicap, les victimes percevaient des primes d'invalidés de leur employeurs. Mais, conscient de la nécessité d'intégrer ces hommes dans la société et face aux besoins de la main-d'œuvre, l'Etat français par une loi dite de solidarité institue un nouveau risque social envers les victimes civiles et militaires de guerres. Il substitue à une de compensation purement financière, une solution de réadaptation et de réinsertion. On passe donc de la logique d'assistance à une logique d'action sociale (Hugeux *et al.*, 1947). C'est le début des politiques d'intégration en faveur des personnes handicapées. Pour favoriser cette réintégration socio-économique, des droits de préférences d'emploi sont accordés aux mutilés de guerres civiles et militaires. Cette loi fût étendue plupart aux veuves et orphelins civils de guerre. Leur embauche est obligatoire tant dans la fonction publique que dans les entreprises. Dans cette même logique, le droit de reclassement professionnel est reconnu aux accidentés de travail, consacrant ainsi le terme de « travailleur handicapé ». Progressivement la personne handicapée quitte son statut « d'assistantat » vers un statut de travailleur.

De nos jours, en dehors des textes internes à chaque pays, il existe sur le plan mondial des dispositions pour rompre avec la marginalisation et le déni de travail dont sont victimes les personnes handicapées. Le plus récent et plus novateur de ces dispositions est la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Cette Convention demande aux Etats d'accorder une égalité de chance aux personnes handicapées en ce concerne l'éducation, la formation, la santé, et l'emploi (ONU, 2006).

Quels sont en fait les fondements de ces évolutions idéologiques? Nous pensons que de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 et le développement de la sécurité sociale dans bon nombre de pays européen ont contribué à l'émergence des politiques sociales en faveur des personnes handicapées. Mais l'élément le plus déterminant nous semble-t-il est le débat suscité par le principe

d'égalité de chance et d'équité que de John Rawls a développé dans son ouvrage *Théorie de la justice* (1987). Pour corriger les inégalités socio-économiques qu'engendrent l'économie de marché, Rawls propose deux principes. Il s'agit de l'égalité d'opportunité qui vise à accorder une égalité de chance à tous et du principe de différence qui exige une sorte d'équité en prenant en compte les préoccupations des membres les moins avantagés de la société. Certainement que ces idées ont contribué à l'éclosion en Europe des politiques sociales en faveur des pays handicapés.

L'objectif des ces politiques, est d'accroître leur participation sociale et économique dans le souci d'améliorer leur conditions de vie. Mais la question s'est posée de savoir si la politique d'égalité de chance à la rawlsienne par le fait d'accorder aux personnes handicapées des prestations et des avantages particulières (emplois réservés, aides compensatoires) pour compenser le handicap ne renforce pas la discrimination? (Bardoulet; Igounet, 2007). Autrement dit est-ce que cette discrimination positive n'est pas une forme de discrimination, parce qu'elle consacre l'infériorité des personnes handicapées ? La réponse à cette question n'est pas univoque. Si l'égalisation des chances vise à accorder des soins de réadaptation aux personnes handicapées en vue de normaliser leur chance par rapport aux autres, elle ne nous paraît pas discriminatoire. Mais, au contraire si elle se borne à donner seulement des aides compensatoires à ces personnes, sans aucun effort pour les insérer dans le tissu social et économique, elle nous paraît discriminatoire. L'activité et l'emploi étant des facteurs d'intégration sociale, il est donc souhaitable de prendre des mesures pour renforcer l'employabilité des personnes handicapées, plutôt que de se borner à leur accorder uniquement des aides.

3.3 Politique de réadaptation et politique d'intégration

A la lumière de tout ce qui précède, il se précise davantage la différence en politique de réadaptation et politique d'intégration. Une politique de réadaptation comporte de façon générale trois volets qui se complètent. Il s'agit des soins de réadaptation¹³, de l'apprentissage des pratiques professionnelle (réadaptation professionnelle) et enfin l'apprentissage des pratiques sociaux (réadaptation sociale). Une politique d'intégration va au-delà des soins donnés à l'individu handicapé. Elle consiste aussi en la mise en place des dispositifs et des mesures concrets (aménagement de l'environnement, logements personnalisés, allocations compensatoires etc..). Ces mesures visent à favoriser la participation sociale des personnes handicapées.

Les mesures intégratives étant plus vastes et non seulement centrés sur l'individu handicapé, il est périlleux de réduire par pure idéologie ou par négligence une politique en faveur des personnes handicapée à une politique de réadaptation. Le faire, c'est rester enfermé dans la conception individuelle et médicale du handicap. Les obstacles à la participation sociale et économique ne se situent pas seulement au niveau de l'individu handicapé. Comme nous l'avons dit plus haut, le handicap ne se résume pas à l'infirmité. Les approches systémiques du handicap le montrent bien : le handicap déborde les facteurs personnels. C'est une interaction entre les facteurs personnels, les facteurs

¹³ Ces soins comprennent la rééducation fonctionnelle et les appareillages orthopédiques

environnementaux et les habitudes de vie (Fourgeyrollas *et al.*, 1998 ; OMS, 2002). Ils estiment que l'environnement joue un rôle prépondérant dans la survenue du handicap en transformant la déficience et l'incapacité en désavantage social, réduisant ainsi la participation sociale de la personne. Cette approche très sociale du handicap a donné naissance à la notion de « personne en situation de handicap » qui remplace de plus en plus celle de personne handicapée.

Prenons le cas d'un amputé du membre inférieur pour illustrer la nuance entre une politique de réadaptation et une d'intégration. La première se concentre sur la dispensation des soins de réadaptation c'est-à-dire la fourniture à l'amputé d'une prothèse, des cannes anglaises et des séances de rééducation fonctionnelle dans l'espoir qu'elles lui permettront un retour normal dans le tissu social. Mais la question que l'on se pose et qui constitue toute la problématique de ce travail est de savoir si ces soins suffisent à lui garantir ce retour normal dans le tissu social. Quels est l'impact réel de ces politiques de réadaptation dans le contexte de pauvreté des pays en développement ? Contrairement à la politique de réadaptation, une politique d'intégration en faveur d'un amputé de membre inférieur va consister à suivre la personne après les soins de réadaptation dans son environnement. L'objectif est de s'assurer que les soins de réadaptation fonctionnels lui permettent de « regagner sa vie ». Il s'agit de rechercher si elle pu retourner dans son ancien emploi ou trouver un autre. On cherchera aussi l'existence ou non des comportements discriminatoires de dans son entourage, pour citer que ceux-là. Bref, il s'agit de faire une approche holistique de la situation pour rendre complète et harmonieuse de vie de la personne handicapée. Une parfaite politique d'intégration doit essayer d'agir sur toutes les composantes du handicap à savoir les composantes sanitaires, économiques et sociales. C'est cette vision que la France a tenté de suivre dans la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Dans son article 1er, cette loi stipule que « *la prévention, dépistage, les soins, l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale, l'accès aux sport et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale* ».

Après avoir élucidé la différence qui existe entre une politique de réadaptation et une politique d'intégration, on présente l'évolution de la politique d'intégration dans les pays d'Europe notamment en France. A l'issue de cette analyse, nous révélerons les limites de la politique nationale du Togo.

3.4 Comparaison entre politique d'intégration en France et au Togo

Il existe environ 37 millions de personnes handicapées en Europe dont environ 5 millions en France (Bardoulet ; Igounet, 2007). Pour améliorer les conditions de vie de ces personnes, il existe des dispositions européennes notamment l'article 15 de la charte européenne (révisée et complété en 1996), l'article 13 du traité de d'Amsterdam et le traité de constitution de Europe. Nous allons limiter notre illustration au cas de la France.

La politique d'intégration en faveur des personnes handicapées a débuté véritablement en France en 1975 par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. L'article

1^{er} de cette loi a distingué les principaux aspects de l'intégration sociale à savoir les soins, l'éducation, la formation, l'orientation professionnelle et l'emploi. Cette loi précise que c'est une obligation de l'Etat de les garantir aux personnes handicapées. Toutes les personnes handicapées deviennent des assurés sociaux relevant de la solidarité nationale.

Pour mettre en œuvre cette volonté du législateur français, des commissions nationales et départementales ont été créées pour favoriser l'éducation et la formation des enfants et des jeunes handicapés. Ces commissions ont pour missions de s'occuper de l'orientation scolaire et de la formation des enfants handicapés. Pour favoriser l'éducation et la formation des personnes handicapées, des écoles spécialisées et de centres de formations ont été créés. Il revient à ces commissions d'apprécier si l'enfant handicapé peut être scolarisé en milieu ordinaire ou s'il doit intégrer un centre spécialisé.

En ce qui concerne l'emploi, la loi de 1975 renforce la notion de « travailleur handicapé » en garantissant des aides financières aux établissements, aux organismes et aux employeurs qui acceptent de d'embaucher les personnes handicapées. Cette loi prévoit également des aides compensatoires aux personnes handicapées. Mais ayant constaté plus d'une dizaine d'années plus tard que la situation économique des personnes handicapées reste entièrement suspendues à l'assistance publique, l'Etat fait obligation à tous les établissements d'au moins 20 salariés à employer des personnes handicapées dans la proportion d'au moins 6% de leur l'effectif, sous peine de pénalités financières (loi du 10 juillet 1987).

Avec le raffinement des moyens de diagnostic et pour étendre les bénéfices des lois existantes à toutes les catégories de personnes handicapées, la France adopte le 17 janvier 2002 la loi n° 2002-73 dite de modernisation sociale. Cette loi prévoit en son article 53, en faveur de la personne handicapée « *un droit à la compensation de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante* ».

Malgré tous ces efforts, les impacts des politiques d'intégration ne sont pas à la hauteur des discours politiques, des conventions internationales et des dispositions réglementaires nationales. Les personnes handicapées sont plus frappées par le chômage. Les chances d'avoir un emploi sont moitié moindres pour les personnes handicapées. En 2004, 37% des personnes handicapées travaillent effectivement contre 62% dans l'ensemble des 15-64 ans. On note une variation entre les sexes : 31% pour les femmes handicapées contre 41% pour les hommes handicapés (Amira ; Meron, 2004). Sur l'ensemble des établissements assujettis à obligation d'employer au moins 6% de personnes handicapées, seulement 2,6 % des effectifs sont des personnes handicapées (Amira ; Meron, 2004). Les entreprises préférant payer les pénalités que d'embaucher les personnes handicapées qu'elles considèrent *a priori* comme moins productives (Gendron, 2000). A compétences égales, un curriculum vitae et une aptitude au poste équivalent, la présence d'un handicap demeure malheureusement un facteur de disqualification de la personne handicapée face à un concurrent (Bardoulet ; Igounet, 2007).

Face à ces résultats mitigés, des efforts sont sans cesse déployés pour renforcer les institutions qui travaillent pour améliorer les conditions de vie des personnes handicapées. La dernière mesure en date est la loi dite du 11 février 2005 pour « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Celle-ci renforce les dispositions existantes. Fondamentalement, la loi dite du 11 février 2005 renforce la sujétion faite aux entreprises de 20 salariés et plus d'avoir au moins 6% de personnes handicapées dans leur effectif. Les pénalités de non respect sont progressives pouvant aller jusqu'à 10 000 000 par personne manquante/mois. Les principales institutions chargées de mettre en place la politique d'intégration sociale des personnes handicapées en France sont :

- le Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés (CSRPTH)

C'est une instance consultative chargée d'observer l'effectivité des dispositifs mis en place dans le domaine de l'emploi, de la formation professionnelle et l'éducation des personnes handicapées. Composé de représentants du pouvoir public, des associations de personnes handicapées, de médecins, des organismes de sécurité sociale et des institutions gestionnaires de centres de rééducation professionnelle, il donne son avis sur tout ce qui concerne l'emploi, la formation professionnelle et l'éducation des personnes handicapées.

- le Comité régional de la formation professionnelle, de la promotion sociale et de l'emploi (Coref)

C'est un organe décentralisé qui en collaboration avec l'Etat, détermine et met en œuvre la politique d'apprentissage, de formation professionnelle des jeunes et des adultes à la recherche d'emploi ou d'une nouvelle orientation professionnelle.

- la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

C'est une instance décentralisée dans les départements où se trouvent toutes les commissions techniques spécialisées chargées de l'orientation, du reclassement professionnelle ainsi que de l'aide aux financements des aides techniques et aux aménagements de logements.

- l'Association de gestion et d'emploi du fonds de l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)

C'est une association chargée de gérer les fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Elle collecte les provenant des sanctions des entreprises qui ne respecteront pas le taux d'emploi des personnes handicapées. Les sommes ainsi collectées sont utilisés pour favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées à travers des aides à la formation professionnelle, à la création d'activités génératrices de revenu etc.

On remarque que les actions en faveur des personnes handicapées en France embrassent les soins, la formation, l'éducation et l'emploi. Les soins de réadaptation ne sont que le début d'un processus de réhabilitation sociale.

Comparant la politique française en direction des personnes handicapées à celle du Togo, nous constatons que la politique togolaise présente des limites suivantes :

- elle est essentiellement basée sur les soins de réadaptation fonctionnels

Il existe un déséquilibre entre les soins de réadaptation et les autres composantes de la réadaptation notamment la formation et l'aide à l'emploi. En effet, dans la politique nationale de réadaptation, la réadaptation est définie comme « *un processus d'acquisition de la capacité de s'occuper de soi, de se déplacer et de communiquer ou de fonctionner dans le cadre familial, scolaire, professionnel ou communautaire* ». Quoique cette définition soit très proche de celle de l'Organisation mondiale de la santé, il est précisé que la réadaptation « *fait partie des stratégies de soins de santé primaires* ». A travers cette orientation stratégique, on note la prépondérance des soins de réadaptation sur les autres composantes à savoir réadaptation professionnelle et sociale.

Cette inscription de la réadaptation uniquement dans le champ médical, nous renvoie donc à la conception médicale très controversée du handicap des années 1980. Comme nous l'avons montré plus haut, cette conception est dépassée, car elle néglige les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. La politique de réadaptation du Togo qui, pourtant date de 2005, n'a pas suivi les évolutions de mentalités et des conceptions sur le handicap. Ce nouveau document de politique national de réadaptation n'a pas pris du recul par rapport au document 1997. La majeure conséquence de cette stratégie est la réduction des actions accomplies en faveur des personnes handicapées à des domaines purement sanitaires (amélioration de l'accessibilité des soins, équipement des centres, la formation des techniciens) ignorant les questions sociales et économiques.

On peut donc légitimement penser que l'accessibilité des soins de réadaptation est acquise. Cela ne semble pas être le cas. En ce qui concerne l'accessibilité géographique, des efforts considérables ont été faits par la multiplication et l'équipement des Centres Régionaux d'Appareillage et de Rééducation Fonctionnelle (CRAO-OF). Mais le ratio de 1 centre de réadaptation fonctionnelle pour 1000 000 d'habitant semble insuffisant. Le problème majeur est l'accessibilité financière des soins de réadaptation pour les personnes handicapées qui sont en majorité des pauvres ou qui sont appauvries avant d'arriver dans le centre de réadaptation par le coût des soins médicaux. Comme le montre le tableau 2, le coût des soins de réadaptation pour un amputé fémorale est d'environ 295 000 CFA (450€). A cela s'ajoutent les frais de déplacement.

Tableau 2 Coût des soins réadaptation fonctionnels d'un amputé fémoral au Togo (source : CNAO-RF, Lomé, Togo).

Soins de réadaptation	Coût (FCFA)
Prothèse fémorale	275 000
Rééducation fonctionnelle (10 séances)	20.000
Total	295 000

Sachant qu'environ 47% des ménages togolais se situent en deçà du seuil de pauvreté (FNUAP Togo, 2008), on peut imaginer quelles difficultés éprouvent les gens pour se faire appareiller. Dans ces

conditions de pauvreté, les soins de réadaptation (qui ont pourtant été déclarés comme soins de santé primaire) deviennent un bien de luxe. Ces soins sont malheureusement hors de la portée de la majorité des personnes amputées. Alors que ces soins sont classés des soins de santé primaires, qui sont par définition « des soins de santé accessibles aux individus et aux familles à un coût que les communautés puissent assumer »¹⁴.

La dérive de cette stratégie est d'avoir oublié les aspects non moins importants de l'intégration sociale telle la formation professionnelle et l'emploi. La plupart des centres de formations professionnelles sont fermés et les rares qui restent manquent de financement. En ce qui concerne spécifiquement les handicapés moteurs, les 6 centres de formation qui assuraient leur formation professionnelle sont fermés. Aussi, il n'existe aucune structure d'aide à l'emploi pour les personnes handicapées. Dans une société togolaise où le handicap est très stigmatisé (comme l'illustrent les représentations sociales présentées plus haut), les employeurs hésitent à faire confiance aux personnes handicapées et à les embaucher, craignant une baisse de productivité (Bardoulet ; Igounet, 2007). Conséquence, les personnes handicapées connaissent un taux de chômage plus élevé.

Dans les entreprises et dans la Fonction Publique, les travailleurs victimes d'une infirmité ont du mal à se faire reclasser. Le processus de reclassement est très lent et abouti souvent à la mise au « garage »¹⁵ de la personne handicapée. Ne jouant plus aucun rôle, la personne handicapée se voit dévalorisée. Dans le secteur privé, la survenue d'une infirmité risque d'engendrer la perte du travail.

Pour tenter de régler le problème de chômage des personnes handicapées, l'Etat togolais depuis 2007, lors des recrutements dans la Fonction Publique, réserve un quota pour les personnes handicapées. Mais les recrutements sont rares. En plus, une bonne partie des personnes handicapées qui sont souvent sans qualification sont oubliées. Seule une vraie politique de formation et d'emploi des personnes handicapées permettra de régler la situation.

- elle est minée par des conflits organisationnels et institutionnels

Les actions de réadaptation sont uni-sectorielles. Toutes les actions sont concentrées au Ministère de la Santé. Or, comme nous l'avons montré tout au long de cette étude, l'intégration des personnes handicapées est une question multidimensionnelle qui doit concerner plusieurs secteurs à savoir les ministères des Affaires Sociales, de l'Economie et de l'Emploi et l'Education pour ne citer que ceux-là. Une politique de réadaptation cohérente est celle qui est transversale à tous ces secteurs. Certes, il existe, un Programme national de réadaptation, mais il manque d'autonomie. Il est sans cesse étiré entre le Ministère de la Santé dont il dépend et le Ministère des Affaires Sociales dont dépend la Direction des personnes handicapées. Les actions de réadaptation pâtissent de ces conflits de compétence. Conséquence, on note une incohérence dans les interventions sur le terrain.

- on note une absence de cadre juridique en faveur des personnes handicapées

¹⁴ OMS, Soins de santé primaires, http://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/, consulté le 16/06/2008

¹⁵ Expression utilisée dans la Fonction Publique au Togo pour désigner un poste où l'on ne fait pratiquement aucune activité.

A ces carences organisationnelles et institutionnelles, s'ajoute ce qu'on peut caractériser de carence juridique. Adoptée depuis le 13 décembre 2006, lors de la soixante et unième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, il a fallu attendre le 23 septembre 2008 (Cérémonie des traités 2008) pour que le Togo signe cette Convention. On est toujours dans l'attente de la ratification de cette convention. On note également une lenteur dans la prise du décret d'application de la loi n° 2004-005 relative à la protection sociale des personnes handicapées. Votée depuis 2004, cette loi n'est pas entrée en vigueur faute d'un décret d'application.

4 Méthodologie

4.1 Objectif spécifique et intérêt de l'étude

L'étude vise à évaluer l'impact des soins de réadaptation sur la réintégration sociale de l'amputé de membre inférieur. L'intérêt de cette enquête réside dans la recherche des solutions pour une meilleure intégration socioéconomique des personnes handicapées au Togo.

4.2 Type d'enquête et population d'étude

C'est une étude qualitative qui a porté sur 30 patients ayant subi une amputation transtibiale ou transfémorale et qui ont bénéficié entre 2003 et 2008 des soins de réadaptation fonctionnelle (appareillage orthopédique et séances de kinésithérapie) au CNAO-RF de Lomé. La méthode qualitative à partir d'un guide d'entretien semi-directif a été choisie dans le souci de recueillir le maximum d'informations en accordant une liberté d'expression aux amputés.

Toutes les personnes interrogées résident dans la région Maritime. C'est la région la plus au Sud du Togo. Elle comprend cinq préfectures et la commune de Lomé (la capitale). Sa population est estimée à 2 265 000 habitants soit 43 % de la population totale. Avec une densité de 371 habitants/km², elle est de loin la plus peuplée¹⁶ du pays.

Le CNAO-RF se trouve dans la commune de Lomé. Les patients de la région Maritime pour arriver au CNAO-RF doivent parcourir une distance moyenne d'environ 60 Km. (cf. annexe 11.2). Le choix de cette zone d'étude est motivé par les raisons suivantes :

- c'est la principale zone de couverture de CNAO-RF qui est le centre de réadaptation de référence nationale. Les données sur les patients y sont plus disponibles ;
- c'est la région qui a la plus forte concentration humaine du pays et elle regroupe l'essentiel de l'activité économique du pays ;

¹⁶ 70 habitants/km² pour la région des Plateaux, 37 habitants/km² pour la région Centrale, 56 habitants/km² pour la région de la Kara, et 71 habitants/km² pour des Savanes (cf. annexe 11.1)

- c'est également la région la plus accessible compte tenu des contraintes de temps et de moyens financiers.¹⁷

4.3 Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude les personnes amputées deux sexes, âgées de plus de 15 ans. Ces personnes portent des prothèses et ont reçu des séances de rééducation depuis au moins 3 mois à compter de la date de l'enquête. Les personnes habitent toutes au moment de l'étude dans la région d'étude et disposent dans leurs dossiers de réadaptation un contact téléphonique permettant de les contacter.

4.4 Outils de recueil des données

Les entretiens ont été réalisés sur la base des deux instruments élaborés par Fourgeyrollas et *al.*, pour l'évaluation des conditions de vie et de participation sociale des personnes handicapées. Il s'agit de la mesure des habitudes de vie et de la mesure de la qualité de l'environnement (Fourgeyrollas; Noreau, 1998). Ces instruments sont construits sur l'approche systémique et sociale du handicap : le modèle PPH présenté plus haut. Ainsi toute l'architecture du guide d'entretien est basée sur la nomenclature du PPH, avec la seule différence que pour faciliter le contact entre l'enquêteur et la personne interrogée, nous avons jugé bon de commencer par les facteurs personnels. Le choix des facteurs de risque (causes dans le cadre de notre enquête) spécifiques au contexte togolais a été fait sur la base d'un répertoire international de causes du handicap élaboré par Fourgeyrollas et ses collaborateurs. A ces deux outils, s'ajoute une grille d'évaluation du niveau socioéconomique que nous avons élaborée.

La mesure des habitudes de vie (MHAVIE) est un outil de recueil d'informations sur la réalisation des habitudes de vie quotidiennes (au domicile, sur le lieu de travail ou dans le quartier). Le questionnaire originel est constitué de 240 items couvrant les domaines de la nutrition, de soins corporels, de déplacements, de relations interpersonnelles, de vie communautaire, et loisirs. Dans le cadre de notre étude, 10 activités dont la réalisation nécessite l'utilisation du membre inférieur ont été sélectionnées (annexe 11.3). L'évaluation a consisté à demander à la personne appareillée si elle réalise ou non l'activité concernée et à exprimer son niveau de satisfaction suivant quatre modalités (insatisfait, peu satisfait, satisfait, très satisfait). Si la personne a des doutes sur la réalisation d'une activité, on l'a considéré comme non réalisée.

La mesure de la qualité de l'environnement (MQE) sert à évaluer l'influence de l'environnement sur la réalisation des activités courantes. La MQE originelle a 109 items qui abordent des situations liées au réseau social, aux attitudes de l'entourage, au marché du travail, aux sources de revenu, aux services socio-sanitaire, à l'accessibilité. Par rapport aux objectifs de notre étude, 11 questions ouvertes ont été

¹⁷ L'étude a été faite durant notre stage qui n'a duré que 3 mois. De plus, notre lieu de stage (ONG Handicap International) qui a financé cette étude n'a prévu qu'un budget limité.

adressées aux personnes handicapées en vue de savoir si ces situations ont eu un impact (positif, négatif) ou non sur leur vie (annexe 11.3). Cette évaluation nous a permis d'obtenir deux clichés (pré et post réadaptation) de vie de la personne appareillée. Une comparaison de ces deux temps nous permet de mesurer les changements intervenus grâce à la réadaptation fonctionnelle.

La grille d'évaluation du niveau socioéconomique quant à elle, a été conçue sur la base des indicateurs tels que les activités génératrices de revenu, l'habitat, les biens et l'alimentation. Chaque indicateur a des modalités et une logique de cotation évaluant sa présence/absence et sa qualité. Cette cotation va de 0 à 18 points. Ainsi, les personnes appareillées ayant eu un score compris entre 0 et 6 sont considérées comme des personnes pauvres, celles ayant un score compris entre 7 et 12 sont considérées comme faisant partie de la classe moyenne et celles compris entre 13 et 18 sont considérées comme faisant partie de classe aisée (cf. annexe 11.3).

4.5 Méthode de recueil des données

L'enquête s'est déroulée du 1er au 30 juin 2008. Grâce aux numéros de téléphone, on a approché et interrogé à domicile 30 personnes appareillées sur la base du guide d'entretien semi-directif. Un plan d'enquête a été élaboré suivant la disponibilité de chaque patient. Pour donner une plus grande liberté d'expression aux personnes interrogées en vue d'une objectivité des réponses, nous nous sommes simplement présentés comme un étudiant qui réalise une étude dans le cadre de son mémoire, en dépit de notre appartenance au monde de la réadaptation.

Les entretiens ont duré en moyenne 45 mn. Les fiches ont été remplies par nous même lors des discussions. Les entretiens ont été faits en langues nationales pour 12 personnes (dont 11 en Ewé et 1 en Kabyé¹⁸). Quant aux 18 autres personnes, les entretiens se sont déroulés en Français.

Une semaine avant le déroulement de l'enquête, une pré-enquête portant sur 5 personnes a été faite. Elle nous a permis de tester le guide d'entretien et de l'affiner pour mieux cadrer les entretiens. Vu que c'est notre première expérience dans la réalisation d'un entretien, cette pré-enquête été aussi l'occasion de nous entraîner au déroulement de l'entretien pour ne pas transformer l'entretien en un interrogatoire.

4.6 Méthode d'analyse des données

La méthode d'analyse utilisée est celle de l'analyse de texte. Après une lecture de chaque entretien, nous avons regroupé par rapport à chaque question les réponses similaires. Les informations ont été catégorisées en présentant les points de vue de la majorité, tout en prenant soin de mettre en relief les affirmations qui à notre avis sont pertinentes. Ainsi l'analyse est souvent ponctuée d'affirmations émanant des personnes interrogées. Aucun test statistique n'a été utilisé. Les graphiques ont été faites par Excel 2003.

¹⁸ Ne parlant pas Kabyè, un membre de la famille a servi d'interprète.

5 Résultats

5.1 Age et sexe des personnes interrogées

L'âge des personnes interrogées varie entre 15 et 74 ans. L'âge moyen de l'échantillon est de 43 ans. L'échantillon comporte 4 enfants de moins de 18 ans et 26 adultes dont le 1/3 a 55 ans et plus. Environ 2/3 (19/30) des personnes interrogées sont des hommes.

5.2 Causes des amputations

Les accidents de la voie publique et le diabète sont les principales causes d'amputation dans notre échantillon (tableau 3). La majorité (12/14) des accidentés de la voie publique est âgée de moins de 45 ans. Il s'agit de 9 hommes et 5 femmes victimes d'un accident de « Zémidjan ». La totalité des amputés diabétiques est âgée de 55 ans et plus. On dénombre 5 hommes et 4 femmes.

Tableau 3 Causes des amputations de 30 patients au CNAO-RF (CNAO-RF, 2008)

	Causes	Effectif	Pourcentage
Traumatiques	Complication injection	2	6
	Accidents de la voie publique	14	47
	Total	16	53
Non traumatique	Diabète	9	30
	Affections vasculaires	3	10
	Autres	2	7
	Total	14	47
	Total	30	100

5.3 Accueil dans le centre de réadaptation

5.3.1 Accueil du personnel administratif

4 personnes sur 30 ont affirmé avoir été mal accueillies au niveau du service d'accueil du CNAO-RF. Ces personnes estiment que l'accueil est timide (accueil debout, visage fermé, réponses timides aux salutations) et les renseignements sont imprécis. « *On m'a juste dit que les consultations se font les mardis et jeudi après midi, mais quand je suis arrivée le mardi à 16h, j'ai été surprise d'apprendre que la consultation est terminée* » nous a confié une dame. Une autre personne nous a fait part de son

mécontentement en ce qui concerne l'ordre de passage des patients à la consultation, « *qui n'est pas bien respecté, il y a des intrus et du favoritisme parfois* » a-t-elle déclaré.

Mais pour la majorité (26/30) des personnes interrogées, l'accueil est parfait. « *La réceptionniste est très gentille, elle vous accueille avec un sourire comme si elle vous connaissait avant* ». Toutes ces personnes estiment que les informations sur le service sont bien données. « *Tout est mis en place pour vous satisfaire. On vous averti par téléphone au cas où le technicien ne peut pas vous livrer votre prothèse à la date promise. Ce dans le souci de vous éviter un déplacement inutile* » a déclaré une dame.

5.3.2 Accueil des techniciens orthoprothésistes

8 personnes sur 30 ont trouvé que l'accueil au niveau des techniciens orthoprothésistes n'est pas bon. Ces personnes reprochent aux techniciens un déficit d'informations sur les caractéristiques de leur appareil et surtout sur la résistance de la matière de l'appareil par rapport à l'eau. Pour beaucoup de personnes, ne sachant ce qui adviendrait à l'appareil quand il sera mouillé, elles n'osent pas sortir en temps de pluies, de peur que leurs prothèses ne soient endommagées. Ces déficits d'informations constituent donc des obstacles aux déplacements de certaines personnes.

Un monsieur accuse son technicien orthoprothésiste de cupidité. « *Il ne se presse pas pour les petites réparations. Pour les faire, il vous réclame des pourboires. Moi je déteste ce comportement. Après le travail, je pourrais le remercier, mais subordonner le travail à des pourboires est une mauvaise chose* ». Il reproche aussi aux techniciens leur manque d'écoute, « *ils ne veulent pas écouter vos plaintes pour vous arranger votre prothèse en conséquence. Ils pensent détenir seuls la vérité. Si vous leur faites part de vos plaintes sur votre appareil, ils ne veulent pas vous écouter. Ils ne font qu'évoquer des théories et vous disent que votre appareil est bon, alors que c'est moi qui le porte et je ne me sens pas à l'aise. Je suis fatigué de leur dire chaque fois la même chose. J'ai décidé de ne plus aller les voir, je fais les petits arrangements moi-même* » nous a-t-il déclaré. Effectivement, on a remarqué que ce monsieur a porté plusieurs chaussettes avant de porter sa prothèse et a bandé son genou pour éviter le flottement du moignon. « *Avec ces retouches personnelles, je me sens plus à l'aise* » a-t-il ajouté. Il en est de même d'un monsieur qui, pour pallier au fait que sa prothèse soit courte par rapport à l'autre membre, a mis dans la chaussure du pied prothétique une lame de sandale en caoutchouc. « *Les techniciens n'ont pas voulu m'écouter quand je leur ai dit que la prothèse est courte, j'ai trouvé moi-même cette solution et maintenant je me sens bien dans ma prothèse* », nous a-t-il confié.

Pour les 22 autres personnes, l'accueil au niveau des techniciens orthoprothésistes est bon. D'après ces personnes, les techniciens sont disponibles et accueillants. Ces personnes estiment qu'elles ont bénéficié de la part des techniciens orthoprothésistes de toute l'attention nécessaire. Plusieurs personnes ont déclaré que vu les difficultés économiques qu'elles éprouvaient les techniciens orthoprothésistes leur donnent souvent de l'argent pour aller manger ou pour se payer le taxi.

En ce qui concerne le respect de leur intimité dans le service d'appareillage, presque la totalité des personnes interrogées a déclaré que le cadre de travail (salle de moulage et d'essayage) protège leur intimité. Sauf, une dame qui a déclaré que son intimité a été violée un jour dans une cabine d'essayage par un autre patient. Selon elle, il est préférable que les hommes et les femmes aient des vestiaires et des cabines séparés.

5.3.3 Accueil des kinésithérapeutes

La presque totalité (29/30) des personnes interrogées a déclaré qu'elle a été bien accueillie par les kinésithérapeutes, qui selon ces personnes sont « *très sympathiques* ». « *Ils vous expliquent clairement les exercices à faire et vous encouragent à le faire* » nous a dit un monsieur. Selon ces personnes, le service de kinésithérapie est bien organisé (rendez-vous bien fixés et il existe toujours une disponibilité à vous servir même si vous arrivez en retard sur votre rendez-vous). Les personnes interrogées ont toutes évoqué une ambiance de gaieté qui règne souvent dans le service de kinésithérapie et qui « *vous incite à y revenir pour votre traitement* ».

Seule, une personne nous a fait part d'une mésentente survenue entre elle et son thérapeute qui estimant qu'elle « *manquait de volonté et de sérieux à bien faire les exercices* », s'est fâché et l'a abandonnée. « *Mais, il est revenu vers moi une dizaine de minutes après pour m'encourager* » nous a confié ce monsieur.

Pour la totalité des personnes interrogées le service de kinésithérapie dispose de structures qui les mettent à l'aise et protègent leur intimité: cabines avec rideau où se déroulent les activités qui nécessitent que le patient se déshabille.

5.4 La qualité des soins de réadaptation fonctionnels

Concernant la qualité de la prothèse, la majorité (24/30) des personnes interrogées ont déclaré leur insatisfaction vis-à-vis de leur prothèse. Les plaintes les plus fréquentes sont : douleur et les blessures lors du port de la prothèse, prothèses trop longues et inesthétiques. Ces inconforts influencent négativement le port de l'appareil et constituent un frein à la parfaite réalisation des habitudes de vie.

Par contre, en ce qui concerne les soins de kinésithérapie, presque totalité (28/30) des personnes interrogées a exprimé son entière satisfaction vis-à-vis des soins reçus. D'après ces personnes, les exercices ont été intéressants et faits dans une bonne progression. Ce qui leur a permis de reprendre rapidement leur autonomie. Seules deux personnes sur trente ont trouvé que les séances sont parfois douloureuses, mais pas au point qu'elles aient abandonné les séances. La majorité des personnes interrogées se souviennent encore du nom de leur kinésithérapeute. Les patients nous ont déclaré avoir eu de très bonnes relations avec leur kinésithérapeute. « *Grâce Monsieur X, ce jeune kinésithérapeute, avec qui j'ai gardé de bonnes relations, je suis même en mesure de monter des escaliers. Je n'attends que la fin de mon repos médical pour me présenter de nouveau à mon service. Je suis conscient que je*

ne peux plus monter les grues comme auparavant, mais avec ces progrès, je pourrai rester dans l'entreprise et faire une autre activité » nous a confié un monsieur.

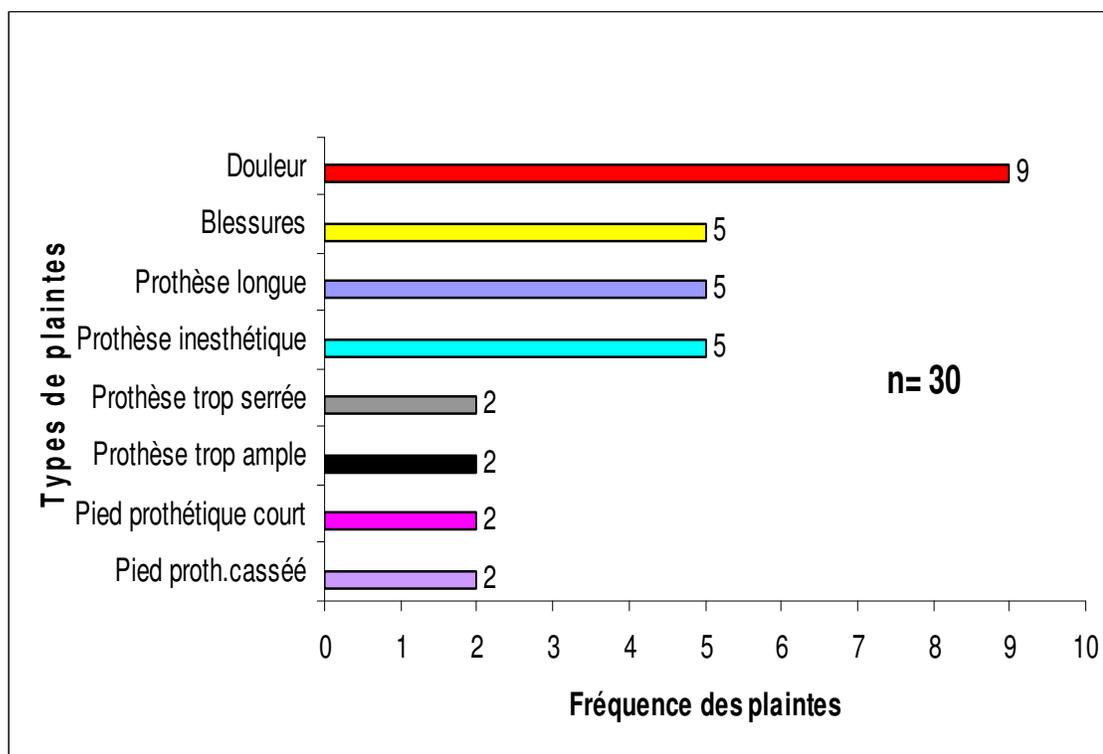


Figure 5 Fréquence des plaintes exprimées par 30 amputés de membre inférieur au CNAO-RF, Lomé -Togo (source: Enquête de l'auteur)

5.5 Impressions globale sur l'utilité des soins de réadaptation

A la question de savoir ce qu'ils pensaient de l'utilité de leur appareil, presque la totalité (28/30) a jugé ces soins utiles en ce qu'ils leur ont permis une plus grande mobilité. Les expressions les fréquemment utilisés sont : « *j'arrive à mieux me déplacer* », « *à aller au travail* », « *à promener et saluer les amis* ». Une jeune dame de 24 ans a affirmé : « *Grâce à ma prothèse, j'arrive à me balader un peu dans le quartier. Mais, j'avoue que je me sens gênée, j'ai honte, et je ne rends plus visite à mes amies. J'ai perdu mon boulot et je passe une grande partie de mon temps à dormir* ».

Seules 2 dames de 38 et 39 ans nous ont affirmé que leur prothèse ne leur a servi à rien. L'une d'elle, nous a confié : « *je n'utilise même pas l'appareil. Quand je le porte, il me blesse à la cuisse et j'ai mal au dos. Je ne sors même plus. Pour moi, ce fût une perte d'argent. Je ne peux même plus aller vendre au marché. Je suis obligée de solliciter le soutien des gens. Si, je savais, je devrais investir l'argent qui a servi à la fabrication de la prothèse dans un petit commerce. Je regrette* ».

5.6 Impact sur les habitudes de vie et la participation à la communautaire

5.6.1 Soins corporels et entretien de domicile

7 personnes sur 30 n'arrivent pas à s'habiller debout. Ces dernières sont toutes des personnes âgées (54-74ans) qui ont déclaré avoir pris l'habitude de s'habiller entièrement en position assise. En ce qui concerne l'entretien de domicile (question qui a été posée essentiellement aux femmes compte tenu de la répartition culturelle des tâches en Afrique) toutes sont en mesure de balayer la cour et de faire la lessive. Par contre, elles ne peuvent pas chercher de l'eau à la borne fontaine avec leur prothèse. Cela peut s'expliquer par trois raisons essentielles, à savoir l'âge avancé des patients (l'âge moyen de notre échantillon est 43 ans), la relative pénibilité de cette tâche pour une personne appareillée ou la qualité de la prothèse.

5.6.2 Déplacements des amputées

En ce qui concerne le déplacement avec cannes, seuls 17 sur 30 des personnes interrogées le font. Elles sont en majorité des adultes et des enfants. Les 13 autres, en majorité des personnes âgées, ont déclaré qu'elles continuent par utiliser les cannes parce qu'elles ont peur de tomber, à cause de l'état de l'environnement physique (rues crevassées, boueuses ou sablonneuses) et de leur difficultés à traverser les routes. Elles estiment que la canne est un signe protecteur lors de la traversée de la route. (De manière générale, usagers de la chaussée font attention aux personnes handicapées). La majorité des personnes interrogées qui se déplacent sans cannes ne sont pas très satisfaites. Elles ont évoqué des plaintes qui réduisent leur périmètre de marche et donc leur participation sociale.

Les 2/3 des personnes de l'échantillon arrivent à monter les marches. Mais, elles ne sont pas satisfaites. Elles éprouvent d'énormes difficultés à la descente. Cela est dû à l'absence de rampe dans les escaliers de certains édifices.

Environ les 2/3 arrivent à marcher sur un sol instable. La peur de tomber conduit les autres personnes à éviter le sol instable. Certaines ont affirmé qu'elles n'osent plus sortir après la pluie à cause des chutes précédentes dues à l'état glissant du sol. La totalité de celles qui le font disent être insatisfaites. La raison invoquée est l'état de l'environnement physique.

Quant au déplacement automobile, la totalité des personnes utilise le transport en commun avec leur appareil. Le moyen le plus utilisé est le taxi. Deux d'entre elles nous ont confié qu'elles arrivent à piloter elles-mêmes leurs engins (moto et voiture). Une autre personne nous a confié que c'est son souhait le plus ardent, mais elle n'y arrive pas. Elle estime que c'est dû à la qualité sa prothèse. Elle a déclaré: *« je connais un monsieur, amputé au même endroit que moi, qui d'ailleurs est plus âgé que moi. Mais il*

conduit sa voiture avec sa prothèse. Ma prothèse a été mal faite. Ils (les techniciens) ont promis me l'arranger. S'ils ne réussissent pas, je vais me faire faire une autre prothèse au Ghana »¹⁹.

Par contre la majorité de ces personnes n'est pas satisfaite de la façon dont l'activité est réalisée, parce que l'état des prothèses les oblige à demander au conducteur de régler le siège pour être à l'aise dans les voitures. Personne n'utilise plus le « Zémidjan » à cause du risque qu'il représente nous ont affirmé ces personnes.

5.7 Impact économique des soins de réadaptation

Comme le montre la répartition par catégorie socioprofessionnelle (figure 6), 14 personnes sur 30 n'ont aucune activité génératrice de revenu. Ces personnes ont affirmé n'avoir eu aucun impact économique grâce aux soins de réadaptation.

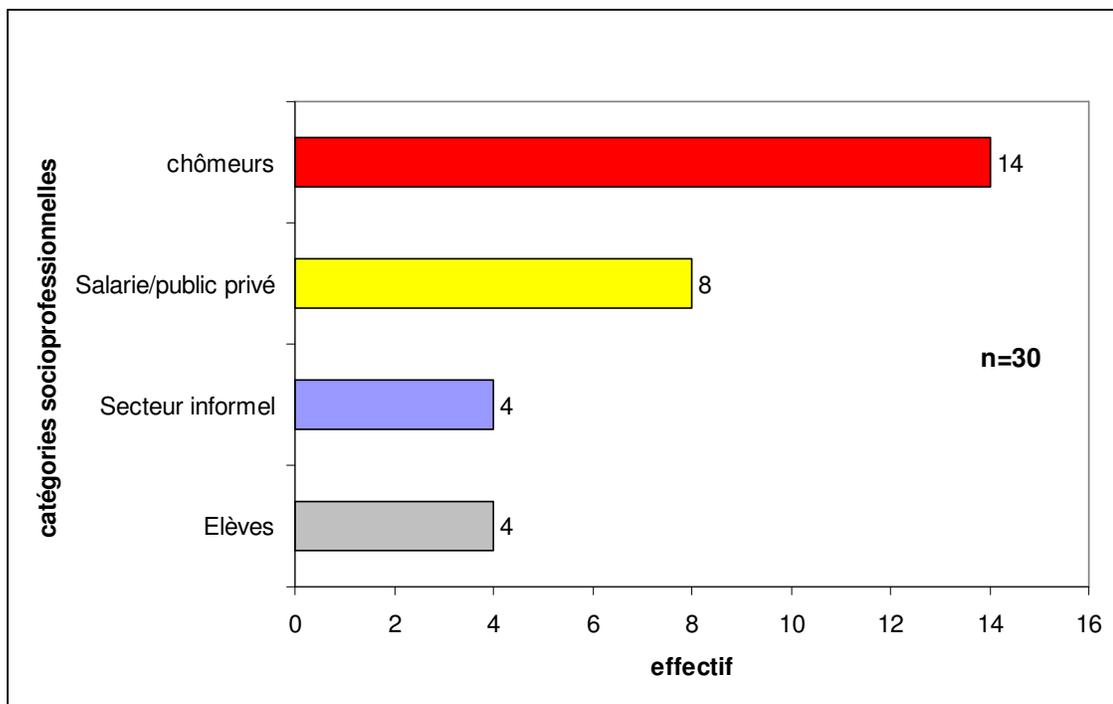


Figure 6 catégories socioprofessionnelles des personnes interrogées

Par contre 16 personnes sur 30 ont pu reprendre ou ont pu commencer une activité qui a eu ou qui aura un impact économique. Il s'agit de 8 personnes salariées, de 4 personnes travaillant dans le secteur informel (cordonnier, revendeuses). Ce qui leur permet d'avoir une autonomie financière. Il est vrai que certaines de ces personnes notamment les revendeurs, les cordonniers peuvent assumer leurs

¹⁹ C'est un pays frontalier du Togo où les soins de santé de santé sont estimé moins chers, mais de meilleure qualité qu'au Togo.

activités avec des cannes anglaises. Les 4 autres sont des élèves qui ont pu reprendre leurs activités scolaires grâce aux soins de réadaptation.

5.8 Impact social des soins de réadaptation

Nous avons constaté que les soins de réadaptation ont amélioré la participation communautaire et l'image sociale des personnes amputées dans leur milieu de vie.

La majorité (27/30) des personnes interrogées ont déclaré avoir une vie communautaire plus ou moins normale. Toutes ces personnes ont déclaré que leurs prothèses les aident à participer aux activités sociales. Il s'agit essentiellement d'activités religieuses pour les personnes âgées et les femmes et d'activités sportives et/ou récréatives pour les enfants et les jeunes. Une jeune femme de 27 ans, amputée transfémorale nous a confié: « *grâce à ma prothèse, je suis membre de la chorale des jeunes de mon église. Je danse et je participe à toutes les activités comme les autres et j'en suis contente* ». Un jeune élève de 15 ans, nous a déclaré « *je vais à l'école, je me promène avec mes camarades et je joue même au ballon avec eux* ».

En ce qui concerne la valorisation sociale, la totalité des personnes ont déclaré « *l'admiration, et l'étonnement* » de leurs proches de les revoir de nouveau sur « deux pieds ». Un Monsieur nous a même déclaré qu'il était devenu un « *sujet d'admiration* » dans son quartier. « *Le fait de me voir marcher constituait un sujet de discussion pour les gens du quartier qui ont appris que j'étais amputé et qui m'ont vu marcher entre temps avec des cannes* » nous a-t-il dit. « *Un couple a eu même le courage de venir me poser la question de savoir si vraiment j'avais été amputé? Si oui, par quel miracle j'arrive à marcher de nouveau* » a-t-il ajouté.

Un autre jeune homme aussi nous a déclaré que ses amis se sont exclamés « *Tu marches comme avant, les Blancs sont forts!* »²⁰, quand ils l'ont vu marcher avec sa prothèse.

Nous avons également constaté que la réadaptation a eu des impacts positifs sur la vie sentimentale de 2 jeunes femmes de 25 et 27 ans. La première a estimé qu'avec la prothèse, elle « *se sent plus femme* » et elle a constaté que les jeunes hommes de son entourage sont plus attentionnés envers elle. Quant à la seconde, elle a déclaré avoir constaté qu'après son appareillage, son amant et ces courtisans qui l'avaient abandonnée tentent de revenir, ayant appris qu'elle « *marche à nouveau* ».

²⁰ Expression souvent utilisée dans le langage populaire pour exprimer son admiration face à des techniques qui dépassent l'entendement de la personne qui parle. On pense à tord ou à raison que seul le «Blanc» peut être auteur ce qui force notre admiration. Dans notre cas, il s'agit de la prothèse qui remet debout et qui fait marcher normalement une personne amputée du membre inférieur.

6 Discussion

Les résultats de l'enquête auprès des personnes handicapées montrent que les soins de réadaptation uniquement ne suffisent pas pour assurer l'intégration sociale et économique. L'analyse des entretiens a montré qu'environ la moitié (14/30) des personnes interrogées n'ont pas pu reprendre ou débiter une activité. La majorité des personnes économiquement inactives éprouve des difficultés à se nourrir et à se loger. Si des efforts en matière d'acquisition de soins de réadaptation sont faits (existence des centres régionaux d'appareillage et augmentation du personnel soignant) il en reste beaucoup à faire en ce qui concerne l'accès des personnes handicapées au travail. C'est sans doute la conséquence de l'absence d'une structure d'aide et le conseil pour l'emploi des personnes handicapées. Ces personnes sont donc victimes d'une désintégration économique. Il importe donc de mettre en place une structure qui va s'occuper la question de l'emploi et de l'intégration économique des personnes handicapées. Des dispositions doivent être prises pour faciliter le reclassement des travailleurs victimes d'un handicap. Le travail étant un facteur d'intégration sociale, il faut aussi aider les personnes qui ont perdu leur emploi dans le secteur informel à retourner dans le tissu économique. Ces actions visent donc à donner la possibilité aux personnes handicapées de « gagner leur vie » par une meilleure participation sociale.

D'autre part, on peut dire que le degré de satisfaction des patients n'est pas à la hauteur des moyens mis en œuvre pour la formation du personnel. En dépit des moyens déployés pour la dispensation des soins de qualité (formation du personnels, équipement des centres), les patients n'ont pas une bonne perception de la qualité des soins administrés. Plus des 2/3 des personnes interrogées estiment que leurs prothèses sont de mauvaise qualité. Ces personnes ont évoqués des plaintes qui, selon elles affectent négativement leur participation sociale. De plus, environ le 1/3 des personnes interrogées déplore l'accueil. Ces résultats sur la qualité des soins vont dans le même sens que ceux d'une étude réalisée par Handicap International (2007) dans 30 communautés au Togo. En effet, dans cette étude 50% des personnes handicapées se sont plaintes de la qualité des appareils et 15% de la qualité de l'écoute et des informations dispensées par le personnel de soin. Il nous semble donc impérieux de prendre des dispositions dans les centres de réadaptation pour mieux répondre aux besoins des patients.

Un autre aspect des résultats qui méritent d'être souligné est l'accessibilité des soins de réadaptation fonctionnels. En dépit de leur intégration dans les soins de santé primaires, ces soins demeurent chers et hors de la portée des patients. Sauf les trois personnes dont les soins ont été financés par des associations de bienfaisance, toutes les autres personnes ont estimé que les soins de réadaptation sont très chers. Certaines personnes nous ont même déclaré qu'elles se sont endettées pour s'offrir leur prothèse. Certes, les Services Affaires Sociales accordent des subventions à certaines personnes indigentes, mais compte tenu des difficultés économiques que vivent les populations togolaises, les soins de réadaptation demeurent un bien de luxe. Il très courant de voir des personnes amputées sans prothèses, faute d'avoir les moyens pour en acquérir. L'action des associations de bienfaisance, visant

à financer ses soins pour les personnes indigentes n'arrive pas à atteindre tout le monde. Nous pensons que l'Etat doit subventionner davantage ces soins pour les rendre plus accessibles.

A la lumière de tout ce qui précède, nous disposons d'informations pour répondre à la question fondamentale de cette étude, celle de savoir si la réadaptation suffit-elle pour une intégration sociale des personnes handicapées. Non elle ne suffit pas, du moins en ce qui concerne le cas des amputés de notre étude. Nous avons constaté que les soins de réadaptation ne constituent pas une garantie pour une intégration sociale et économique. La survenue du handicap perturbe, en dehors des fonctions anatomiques et physiologiques, des « fonctions économiques ». Il faut également s'assurer du rétablissement de ces fonctions.

Certes, l'étude n'a concernée que la région maritime qui est la plus riche du pays dont les réalités socio-économiques ne peuvent pas être étendues à tout le pays. De plus, l'accessibilité au téléphone comme critère d'inclusion peut entraîner une sous-représentation des pauvres dans l'échantillon. Le téléphone reste un bien de luxe au Togo. Mais ces limites méthodologiques n'entachent aucunement la qualité des informations livrées par les personnes interrogées et ne nous empêchent pas de faire des propositions pour une meilleure participation sociale des personnes handicapées au Togo.

7 Propositions

Fort des résultats ci-dessus présentés, nous faisons trois axes de propositions. Le premier axe concerne l'amélioration de la politique de prévention. Le deuxième axe est porte sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge dans les centres de réadaptation (vu qu'il existe un lien entre la qualité des soins et le niveau de participation sociale des personnes handicapées). Le troisième axe concerne les mesures pour favoriser l'intégration économique des personnes handicapées.

7.1 L'amélioration de la politique de prévention du handicap

La lutte contre le diabète et les accidents de la voie publique doit être renforcée. Compte tenu de la modification des habitudes de vie et le développement des taxis-moto dans le pays, ces deux fléaux deviennent des préoccupations de santé publique contre lesquelles des mesures urgentes doivent être prises. Dans ces différents domaines, il est important qu'un accent particulier soit mis sur la prévention.

Le pied diabétique fait partie de l'une des complications du diabète entraînant, s'il n'est pas rapidement pris en charge l'amputation du membre. Il est donc important de lutter contre cette maladie. Cette lutte se fera à trois niveaux. La prévention primaire consistera en une sensibilisation de masse (dans les écoles, à travers les médias) pour une adoption des habitudes vie saines notamment une alimentation saine et la pratique des activités sportives. La prévention secondaire va s'atteler au dépistage des cas de diabète. Faute de pouvoir faire des campagnes de dépistage de masse, on pourra dépister systématiquement les patients lors des consultations. Au niveau tertiaire, il faut mieux former les

personnels soignant pour une meilleure prise en charge des complications du diabète notamment le pied diabétique.

Les stratégies de prévention du handicap doivent également se pencher la question des accidents de la voie publique notamment les accidents de moto. Les taxi-moto représentent 80 % du mode de transport au Togo et sont impliqués dans le tiers des accidents de la voie publique dans le pays (Abotsi, 2005). Il est donc urgent que ce secteur économique informel soit réglementé pour réduire les accidents de la route. Cette réglementation doit, à notre avis passer par la sensibilisation et la formation les conducteurs de taxi-moto. Des cours de code de la route gratuits sanctionnés par un permis de conduire seront donnés aux conducteurs. Un délai moratoire sera fixé au-delà duquel ce permis de conduire sera obligatoire. Les dispositions doivent être prises pour sanctionner les contrevenants.

7.2 Amélioration de la qualité de la prise en charge

Compte tenu des plaintes exprimées par les patients, nous proposons la mise en place d'une démarche qualité. Cette démarche vise une satisfaction des patients notamment l'amélioration de l'accueil et la qualité des prothèses.

7.2.1 Amélioration de l'accueil du patient

L'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins. De sa qualité dépend la suite de la relation du patient avec l'ensemble de la structure de soin. Un accueil mauvais frustre le patient, avec le risque de cristallisation des relations soigné-soignant. Au contraire, un accueil de qualité met le patient confiance. Il donc important que l'accueil dans les centres de soins soit d'une bonne qualité. C'est-à-dire un accueil marqué de courtoisie et la mise à la disposition des patients et des accompagnants que ce soit par téléphone ou dans le centre des informations dont ils auront besoin.

7.2.2 Amélioration de la l'écoute du patient et de la qualité technique des prothèses

Les efforts accomplis dans la formation continue des professionnels doivent maintenus. Mais, il convient de former davantage le personnel soignant pour une meilleure écoute des patients. Souvent préoccupé par les soins, les soignants négligent d'accorder quelques minutes d'écoute attentive du patient. Or, fondamentalement dans le domaine des soins de réhabilitation, un instant d'écoute loin d'être un temps perdu, permettra aux professionnels de mieux connaître le projet de vie du patient et d'orienter les soins vers les préoccupations de ce dernier.

En ce qui concerne la qualité technique des soins, des formations continues doivent être données aux techniques non seulement pour affiner leurs prothèses, mais aussi pour s'approprier les nouvelles techniques en la matière pour répondre aux exigences des patients. Il existe de plus en plus des matériaux très légers. L'Etat donc s'investir dans ce domaine pour que des soins de qualité soient donnés aux patients.

7.3 Amélioration de l'intégration sociale et économique des personnes handicapées

7.3.1 *Sensibilisation des populations sur le handicap*

Le niveau d'intégration des personnes handicapées dans les communautés est fortement lié aux représentations sociales du handicap. L'Etat doit donc s'investir aux côtés des associations œuvrant dans le domaine du handicap pour des actions de sensibilisation. Celles-ci contribueront à faire évoluer les croyances et les regards sur le handicap. Cette action de sensibilisation doit être étendue aux entreprises pour réduire les discriminations dont sont victimes les personnes handicapées dans le monde du travail.

7.3.2 *Adapter l'environnement à la présence des personnes handicapées*

A l'état actuel, il est difficile aux personnes handicapées surtout motrices de vaquer dans les rues et d'utiliser les édifices publics. Il faut que les concepteurs des travaux publics soient sensibilisés sur la question de l'accessibilité des lieux publics aux personnes handicapées. La présence des rampes sur les édifices et l'aménagement des trottoirs sont donc des gestes simples, mais qui faciliteraient l'intégration sociale des personnes handicapées.

7.3.3 *Rendre disponibles les informations sur les personnes handicapées*

Comme l'a si bien dit Ravaud (1994), les lacunes statistiques et sociologiques sur conditions de vie des personnes handicapées constituent un sérieux obstacle à l'évaluation des actions de prévention des handicaps et d'intégration des personnes handicapées. Cette carence de données est flagrante au Togo. Les chiffres qui existent sur le nombre des personnes handicapées date de 1981. Il faut œuvrer pour la disponibilité des informations sur les personnes handicapées. Grâce aux soutiens de Handicap International des dossiers-patients ont été mis à la disposition de tous les centres de réadaptation du pays. Il reste à former davantage les professionnels sur la tenue de ces dossiers et surtout la centralisation de ces données au niveau du ministère de la Santé pour la production des statistiques nationales.

7.3.4 *Création d'une commission technique d'orientation scolaire et de reclassement professionnel*

C'est une commission qui sera décentralisée dans les préfectures. Elle aura deux missions principales à savoir l'évaluation du handicap en vue de proposer une orientation scolaire ou professionnelle d'une part et d'autre le reclassement professionnel d'un travailleur handicapé. Chaque personne handicapée aura donc à la suite de l'évaluation de son handicap une carte en fonction de la gravité de son handicap. A titre d'exemple, une carte rouge pour les handicaps sévères, verte pour les handicaps modérés et jaune pour les handicaps légers. Ce statut déterminera la nature des aides qui seront accordées à chaque personne.

7.3.5 Création d'une Agence national d'intégration des personnes handicapées

Nous pensons qu'il faut créer un organisme coordonnateur de l'ensemble des stratégies d'intégration des personnes handicapées. Cette agence doit disposer d'une autonomie de gestion et d'administration. On pourra le nommer Agence national d'intégration des personnes handicapées. Elle se chargera aussi du financement de toutes actions visant l'intégration des personnes handicapées à l'image de l'Association de gestion et l'emploi du fonds de l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) en France. Ces principaux domaines d'intervention seront : aide à l'apprentissage et à la formation, aide à la recherche d'emploi, information et sensibilisation du public, aide à la création d'une activité génératrice de revenu. Cette agence doit être décentralisée dans les 5 régions du pays (Agence régional d'intégration des personnes handicapées). Les fonds de cette agence proviendront des subventions de l'Etat, des contributions des entreprises et de l'aide des partenaires en développement.

7.3.6 Renforcement de l'arsenal juridique en faveur des personnes handicapées

Il n'existe aucune mesure de protection sociale en faveur des personnes handicapées. Faute d'un décret d'application, la loi n° 2004-005 relative à la protection sociale des personnes handicapées votée et promulguée depuis 2004 est restée lettre mortes. La Convention des Nations unies relatives aux droits des personnes handicapées signée le 23 septembre 2008 n'est pas encore ratifiée. Il est nécessaire que cette convention qui constitue une avancée considérable des mentalités soit ratifiée et que des mesures concrètes soient prises pour une meilleure participation sociale des personnes handicapées.

Pour favoriser l'emploi des personnes handicapées, la loi française no 87-515 du 10 juillet 1987 est selon nous un exemple à suivre. Cette loi fait obligation aux entreprises de plus 20 salariés de compter dans leur effectif une proportion minimale de 6% de travailleurs handicapés. Cette disposition pourra être adaptée par rapport aux réalités socio-économiques du pays, en jouant par exemple sur le nombre de salarié et le pourcentage de personnes handicapées. L'inobservance de cette disposition sera sanctionnée d'une pénalité financière qui alimentera la caisse de l'Agence nationale d'intégration des personnes handicapées.

Conclusion

De 1980 à nos jours, on est passé de la conception médicale à une conception sociale du handicap. Le handicap n'est plus la conséquence de l'infirmité, mais il est un processus dynamique qui résulte de l'interaction des conditions de vie sociale, culturelle, environnementale et économique. Cette étude nous montre que les politiques d'intégration en faveur des personnes handicapées, surtout dans les pays en développement ne tiennent pas souvent compte de cette évolution des mentalités. Malheureusement, les interventions en faveur des personnes handicapées sont essentiellement centrées sur l'infirmité comme si la vie de la personne se limite à son infirmité.

Certes, les soins de réadaptation occupent une place non négligeable dans le processus d'intégration de la personne handicapée, mais une politique d'intégration ne peut se limiter à la fourniture des soins de réadaptation. Dans un processus d'intégration, Il s'agit aussi d'améliorer l'accessibilité de l'environnement physique (routes, édifices, transport), de sensibiliser les populations pour une démythification du handicap, de favoriser l'accès des personnes handicapées à la formation et à l'emploi.

Il est donc urgent que les pays en développement s'inspirent des évolutions des politiques des pays d'Europe en la matière. Ces pays doivent concrétiser les différents engagements auxquels ils ont adhéres en faisant des reformes pour donner une égalité de chance et d'opportunité aux personnes handicapées.

Nous espérons donc que cette étude contribuera à la réévaluation de la situation des personnes handicapées au Togo. Aux efforts accomplis par les partenaires de l'Etat notamment les organisations non gouvernementales et les institutions internationales, doivent s'ajouter la volonté politique de l'Etat. Des actions concrètes doivent être posées pour la promotion de la formation et l'accès à l'emploi des personnes handicapées. L'intégration sociale étant un processus et non un geste ponctuel, nous sommes conscients que les conditions de vie des personnes handicapées ne changeront pas radicalement du jour au lendemain. Mais progressivement le lien entre la pauvreté et le handicap sera brisé. Ce faisant, les personnes handicapées cesseront d'être considérées comme des rebus de la société mais comme des citoyens à part entière.

Pour compléter les résultats la présente étude en vue de l'élaboration d'une vraie politique d'intégration sociale et économique des personnes handicapées, il nous semble important de faire une étude nationale sur les conditions de vie des personnes handicapées au Togo.

8 Références bibliographiques

Abotsi K., Un cas de transport urbain en Afrique. Les taxis motos au Togo. DEA Transport, Université Paris XII Val de Marne, 2005,

Amira S., Meron M., *L'activité professionnelle des personnes handicapées*, France portrait social, INSEE, 2004.

Bardoulet, M. Igounet, L., *Handicap et emploi*, Social en pratique, Vuibert, Paris, 2007

Barral C., *De l'influence des processus de normalisation internationaux sur les représentations du handicap*, Handicap, 81, 1999, p. 20-34.

Barral C., Roussel P., *De la CIH à la CIF. Le processus de révision*, Handicap, 94-95, 2002, p. 1-23.

Cohu S., Lequet-slama D., Velche, D., *Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens : grandes tendances*, Revue française des affaires sociales, 2, p11-33

Delcey M., *Déficiences motrices et handicaps. Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés*. Notion de situation de handicap (moteur) : les classifications internationales des handicaps. : Introduction aux situations de handicap moteur, éd. APF, 2002, pp 3-18.

Delcey M., *Déficiences motrices et handicaps. Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés*. Paris : APF, 1996, 505 p., p. 3-8.

Jodelet D., *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*, Psychologie sociale, Paris, PUF, Le psychologue, 1997, p. 365.

Dossier, *Réadaptation*, no 493, septembre-octobre 2002.

Department for international Development, *Disability, poverty and development*. 2000, 17p.

Elwan A., *Poverty and Disability; a background paper for the World Development Report*, World Bank, October 1999

FNUAP Togo, *Enquête sur la pauvreté au Togo*, 2008, <http://www.republicoftogo.com/central.php>, consulté le 23 /12/2008

Fourgeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, M., Saint Michel, G., *Classification québécoise : Processus de production du Handicap*, RIPPH, 1998.

Fourgeyrollas, P., Noreau, L, Saint Michel, G. Instrument de mesure de la qualité de l'environnement (MQE).GRAVIR, RIPPH, 1998.

Fourgeyrollas, P., Noreau, L., *La mesure des habitudes de vie. Instrument détaillé (MHAVIE) RIPPH*, 1998.

Gerdron B., *Handicap et emploi : un pari pour l'entreprise*, CTNERHI, 2000.

Gardou C., *Les personnes handicapées exilées sur le seuil*, Revue européenne du handicap mental, 1997, Vol, 4, no 14, pp.6-17.

Handicap International, Enquête sur les conditions de vie des personnes handicapées au Togo, www.handicap-international.fr/fr/dans-le-monde/nos-pays-d'intervention/programmes, consulté le 25/06/2008.

Helander E., *Prejudice and Dignity; an introduction to community based rehabilitation*, UNDP, 1992

INSERM, *Réduire les handicaps*, Paris, La documentation Française, 1985

Jamet F, *De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)*. La nouvelle revue l'A I S 22, 2003, pp 163-171

Kurland J., *Public health in the new Millennium II*. Social exclusion, 2000, 115(4): 298-301.

Ravaud J.-F., *Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet*, Handicap, 81, 1999, p. 64-75.

Ravaud J.-F., Stiker H.-J., *Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap*. Deuxième partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap, Handicap – Revue de sciences humaines et sociales, n°87, 2000b, pp.1-17.

Ravaud J.-P., Fardeau M., *Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologie d'évaluation*, CTNERHI, 1994

Sticker, H.-J., *Aspects socio-historiques du handicap moteur : Déficiences motrices et situation de Handicap*; APF -2002, pp.38-47.

Stiker H.J., *Corps infirmes et sociétés*, Dunod, Paris, 1997.

Wood PH., *Comment mesurer les conséquences des maladies. La classification internationale des infirmités, incapacités, handicaps*, Chroniques OMS, n° 10, p.400-405.

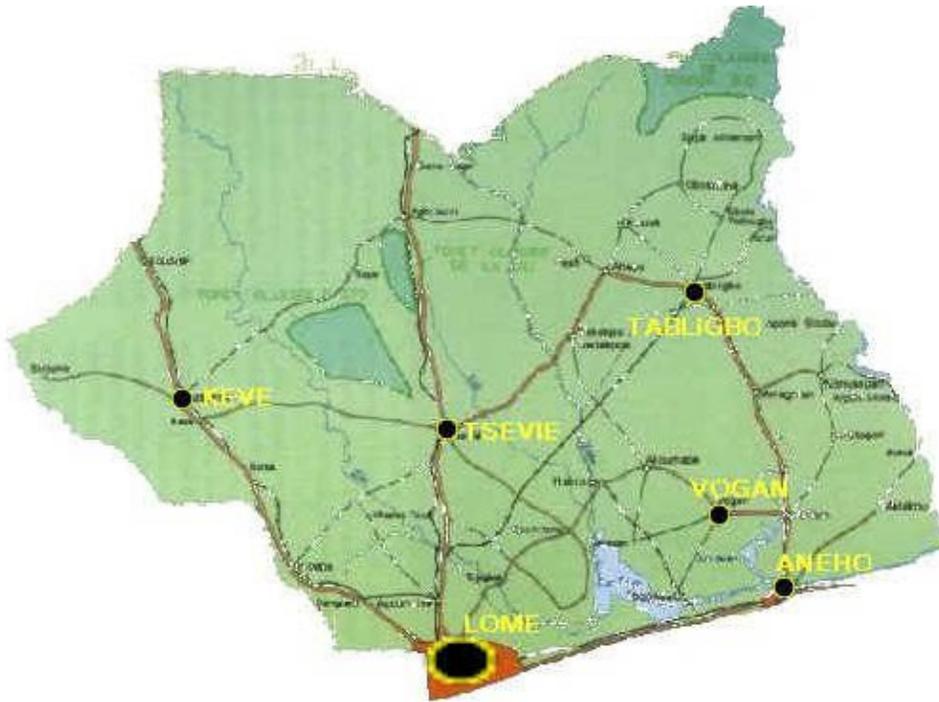
9 Liste des illustrations

Figure 1	Handicap selon la CIH	6
Figure 2	Processus de production du handicap (Fourgeyrollas <i>et al.</i> , 1998).....	8
Figure 3	Stratégie Handicap International au Togo (2007)	16
Figure 4	Cercle vicieux pauvreté-handicap (DFID 2000)	19
Figure 5	Fréquences des plaintes exprimées par 30 amputés de membre inférieur au CNAO-RF, Lomé -Togo (source: Enquête de l'auteur)	33
Figure 6	catégories socioprofessionnelles des personnes interrogées	35

10 Liste des tableaux

Tableau 1	Désignation de l'handicapé moteur dans 4 dialecte du Togo (source de l'auteur).....	13
Tableau 2	Coûts des soins réadaptation fonctionnels d'un amputé fémoral au Togo (CNAO-RF, Lomé,Togo).....	25
Tableau 3	Causes des amputations de 30 patients au CNAO-RF (source : Enquête de l'auteur)	30

11.2 Annexe 2 : Carte de la région maritime du Togo



11.3 Annexe 3 : Guide d'entretien

Identifiant	Nom du quartier	Date d'enquête
-------------	-----------------	----------------

I- Facteurs personnels (1)

1- Age : 2- Sexe : 1 Homme 2 Femme

2- Type d'amputation 1 transtibiale 2 transfémorale

3- Date d'amputation

4- Date d'appareillage

5- Situation familiale

Avant votre appareillage	Après votre appareillage
Seul	Seul
En famille : <input type="checkbox"/> 1 avec conjoint <input type="checkbox"/> 2 sans conjoint	En famille : <input type="checkbox"/> 1 avec conjoint <input type="checkbox"/> 2 sans conjoint
Autres : préciser	Autres : préciser

6- Activité économique

Avant votre appareillage	Après votre appareillage
<input type="checkbox"/> 1 Salarié <input type="checkbox"/> 2 Retraité <input type="checkbox"/> 3 Artisan	<input type="checkbox"/> 1 Salarié <input type="checkbox"/> 2 Retraité <input type="checkbox"/> 3 Artisan
<input type="checkbox"/> 4 Commerçant /Vendeur <input type="checkbox"/> 5 Chomeur	<input type="checkbox"/> 4 Commerçant /Vendeur <input type="checkbox"/> 5 Chomeur

7- Le patient portait-il l'appareil à l'arrivée de l'enquêteur ? 1 Oui 2 Non

II- Facteurs personnels (2)

8-Situation sociale : 1 Pauvre = [0 ; 6]

2 Classe moyenne = [7 ; 12]

3 Riche = [13; 18]

Indicateurs	Logique de cotation	Grille	Note
Activité rémunératrice de revenus	0=pas activité ; 1= activité occasionnelle; 2= activité informelle fixe 3= salarié privé /public ; 4=salarié avec assurance maladie	0à4	/4
Habitat : Possession : <input type="checkbox"/> 1 Logé par un tiers ; <input type="checkbox"/> 1Locataire, <input type="checkbox"/> 3Propriétaire	<input type="checkbox"/> 1= 0 ; <input type="checkbox"/> 2= 1 <input type="checkbox"/> 3= 3	0à3	/3
Qualité : électricité, eau potable, latrine/douche avec fosse septique	1 point par infrastructure disponible	0à3	/ 3
Biens : télévision, réfrigérateur, moto, voiture,	1 point par bien possédé, sauf voiture 2 point	0à5	/5
Alimentation : Nombre de repas par jour	1 point par repas pris	0à 3	/ 3
Total		0à18	/18

II-Facteurs de risque

1-Cause amputation

Traumatique	Maladies
Blessure légère mal soignée <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	Diabète <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
Complication due à une injection/transfusion <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	Maladie infectieuse /parasitaire, (préciser si UB) <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
Grave AVP <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	Ostéonécrose (liée à la drépanocytose) <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
	Malformations congénitales de membre <input type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non
Autre, à préciser	Autre, à préciser

III-Habitude de vie(1)

L'appareillage et la kinésithérapie vous permettent- ils de faire des activités domestiques et de déplacement que vous n'arriviez pas à faire avant ?.....

Habitude de vie	Réalisé ou non		Niveau de satisfaction			
	1 Oui	2 Non	1 très satisfait, 2 satisfait, 3 peu insatisfait, 4 insatisfait			
Soins corporels						
1-Habillage debout	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Déplacements						
2-Marcher sans cannes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3-Monter les marches	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4-Marcher sur un sol instable,	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5-Utiliser le transport en commun (bus, taxi)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Entretien du domicile						
6-Balayer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7-Chercher de l'eau	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8-Faire la lessive	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Responsabilité financière et familiale						
9-Faire une activité qui rapporte de l'argent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10-Prendre soins des tiers (enfants, conjoint, parents)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Vie communautaire						
11-Participer aux activités associatives/religieuses /	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

IV- Facteurs environnementaux (1)

Facteurs environnementaux	Impact sur la vie de la personne appareillée		
	Impact positif (lister les impacts)	Aucun impact (Faire une croix dans la case)	Impact négatif (lister les impacts)
Attitude de l'entourage			
1-Impact de la réadaptation sur votre vie sentimentale (avoir une petite amie, se marier, avoir une compagne)			
2-Attitude de l'entourage après votre appareillage (rejet, pitié soutien, admiration, acceptation)			
Systèmes socio-sanitaires			
3-Avez-vous reçu un bon accueil de la part de l'orthoprothésiste ? (sourire, salutation, préservation de l'intimité, explication du processus, présentation de l'appareillage, rendez-vous)			
4-Avez-vous reçu un bon accueil de la part du personnel administratif ? (sourire, salutation, regarder dans les yeux, faire asseoir, explication, orientation)			
5-Avez-vous reçu un bon accueil de la part du kinésithérapeute ? (sourire, salutation, préservation de l'intimité, explication des exercices et des résultats attendus, rendez-vous)			

V-Facteurs environnementaux (2)

Facteurs environnementaux	Impact sur la vie de la personne appareillée		
	Impact négatif (lister les impacts)	Aucun impact (Faire une croix dans la case)	Impact positif (lister les impacts)
 Systèmes socio-sanitaires			
6- Votre appréciation de l'appareil? (confortable, trop long, trop court, douleur, rougeur, durée du port, esthétique, coût)			
7- Votre appréciation de la kinésithérapie ? (douloureuse, ennuyante, durée raisonnable, progrès, évolution favorable du problème, relation avec le kiné, coût)			
Source de revenus			
8- Impact de l'appareillage sur votre situation économique (retrouver votre travail, trouver un nouveau travail, améliorer votre productivité)			

9- Comment avez-vous connu le CNAO-RF : 1 par votre médecin 2 par autrui 3 autres : préciser

11- Accessibilité géographique/ au CNAO-RF : 1 quartier moins de 2 km, 2 ville de Lomé moins de 15 km, 3 région maritime