



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« **Santé publique et environnement** »

Spécialité :

« **Intervention en promotion de la santé** »

Mémoire

2011-2012



Mise en place d'une monographie Togo comportant des recommandations pour le renforcement du plan national de réadaptation.

Soutenu en juin 2012 par :

M. Mendemwelabou PAKOUYOWOU

Maître de stage :

Mme Isabelle URSEAU

Guidant universitaire :

Mme Dominique BILLOT

Remerciements et dédicace

Dans ces quelques lignes qui m'appartiennent, je tiens à faire part de mes plus sincères remerciements à tous ceux qui m'ont accompagné durant ce stage, cette année d'étude mais aussi l'année de licence et de master 1.

Merci à la FATO, en particulier à son président, pour la chance qu'il me donne d'apprendre à ses côtés ; merci à Handicap International, plus précisément à Isabelle Ursseau, pour ce stage qui témoigne de mon envie d'aller de l'avant et d'oublier le passé ; merci au programme Togo et à Rozenn.

Merci à Me Billot qui a été constamment là à nos côtés pendant ces 3 années.

Merci à l'OMS pour avoir financé le projet et au PDG de Ravel pour avoir trouvé des arrangements qui m'ont permis, durant deux ans, de travailler pour lui tout en poursuivant mes études.

Je dédie ce mémoire :

A toi mon bébé. Pour toi, j'irai décrocher la lune. Ce mémoire n'est qu'une étape, reçoit le du ventre de ta mère en témoignage de notre amour pour toi, notre petit trésor.

A toi mon épouse, mon rayon de soleil, mon petit cœur adoré si fragile et si fort. Merci de m'avoir choisi pour la vie tel que je suis.

A ma mère : avec ton cœur en or, tu nous a aimés. Tu as fait de nous des enfants heureux en sortant victorieuse de 6 ans de maladie. Ce travail pour te dire simplement je t'aime, maman, tu es la meilleure mère de la terre.

A notre père : Papa ! Tu nous as toujours appris que nous ne nous en sortirions que par l'école. Ce travail pour te dire que le petit a suivi tes conseils. Merci papa Valentin.

A mon oncle et à sa famille : Tchalla, tu es le meilleur tonton de la terre : que ce travail serve d'exemple à mes neveux et nièces.

A mon frère Sei et mes sœurs Florence, Essowè et Hezou, je vous aime et je vous adore. Ce travail pour vous dire merci pour l'unité et la solidarité de notre famille.

A mon père adoptif en France : Christophe Morini. Un adage togolais dit : « Celui qui vous donne du poisson vous nourrit pour un seul jour, mais celui qui vous apprend à pêcher vous nourrit pour toute la Vie » Tu as fait pour moi les deux depuis mon arrivée en France. Ce mémoire pour te dire merci pour le soutien et l'éducation que tu m'as donnés. Tu es un exemple pour moi pour la vie.

A Dora : tu as été constamment mon soutien. Tu es ma seconde mère. Tes conseils m'ont ouvert la route de la vie. Reçois ici la reconnaissance du fiston.

A la famille Morini : Jean, Christophe, Christine, les enfants, les petits enfants, Bruno, épouse et enfants, merci de m'avoir accueilli dans cette si belle famille. Vous êtes à jamais dans mon cœur.

A la famille LABUSSIÈRE : Françoise, Philippe, Marianne, Juliette et Perrine pour m'avoir accueilli et m'avoir donné toit et conseils.

Françoise : tu es la meilleure des professeurs de français, merci pour tout.

A la petite tribu de Marie : Marie, Guillaume, Debora, Camille et Cyril : en remerciement pour votre amitié

A toi Cyril pour ta disponibilité et ta serviabilité. Tu es formidable ! Ne change rien.

A mes soutiens de la première heure en France : Bernard MICHEL, Hélène le Gardeur, Jacquie Stame, Thomas Briguet, Dr Aligne, Brigitte, pour vous témoigner toute ma reconnaissance.

Sommaire

Introduction	3
1 Contexte	6
1.1 Présentation de Handicap International	7
1.2 Présentation de la FATO	8
1.3 Présentation du projet	8
2 Méthode.....	15
2.1 Préparation de la mission au Togo	16
2.2 Recherche documentaire.....	16
2.3 Mise en place des instances du projet.....	18
2.4 Les Outils du projet	22
2.5 Méthode de mobilisation des partenaires	25
2.6 Recueil d'informations	31
2.7 Evaluation de la mise en place du projet	37
3 Résultats	39
3.1 Résultats des instances du projet	40
3.2 Résultats de la mobilisation	41
3.3 Résultat de la recherche documentaire :	43
3.4 Résultats de recueil d'informations	49
3.5 Production Monographie Togo.....	54
3.6 Résultats de l'évaluation.....	55
4 Discussion	59
4.1 La réadaptation au Togo	60
4.2 Les problèmes du secteur de réadaptation	62
4.3 Discussion des résultats	65
4.4 Discussion de la méthode	66
4.5 Perspectives	69
Conclusion.....	71

Introduction

Les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ne seront pas atteints si l'on omet de prendre en compte la question du handicap. C'est ce constat qui a poussé la 69^{ème} Assemblée Générale des Nations Unies pour la santé, en novembre 2009, à adopter une résolution sur la réalisation des OMD relative aux personnes handicapées. [1]

Sur le sol africain, la question du handicap en général, et de la réadaptation en particulier, reste très peu abordée par les politiques. La Fédération des Associations des Techniciens Orthoprothésistes Africains (FATO), avec l'appui de ses partenaires, tente de trouver une solution efficace à ce problème. C'est ainsi qu'en septembre 2011 s'est tenue à Arusha le 6^{ème} Congrès de la FATO sur le thème "L'accès à des services d'appareillage et de rééducation fonctionnelle : le droit à des soins de qualité". Ce thème est en parfaite harmonie avec le rapport Mondial sur le Handicap, OMS et Banque Mondiale, publié en juin 2011, qui confirme le manque de données globales sur les besoins en services de réadaptation [2], le type et la qualité des soins délivrés, ainsi que sur l'estimation des besoins non satisfaits. Les pays africains ne dérogent pas à ce constat. C'est pourquoi entre janvier et mai 2011, la FATO a souhaité réaliser un état des lieux sur le handicap en Afrique. C'est avec l'appui technique et financier de Handicap International qu'elle a mis en place une enquête par questionnaire auprès des usagers, des prestataires et des décideurs du secteur de réadaptation dans 35 pays. Cette enquête s'intéresse principalement :

- au contexte national en vue de déterminer le cadre d'intervention au niveau du système de santé et/ou social du pays.
- au secteur de la réadaptation pour déterminer son existence et explorer la qualité des soins et leur répartition dans le pays et leur gestion.

Les résultats de cette enquête ont été présentés au congrès d'Arusha. Ils ont servi de base pour amorcer la réflexion en équipe sur la manière de renforcer et /ou mettre en place les plans nationaux de réadaptation dans les pays membres de la FATO. Cette réflexion apparaît comme le point de départ d'un processus qui vise à établir un diagnostic exhaustif de la réadaptation fonctionnelle en Afrique à travers une analyse des besoins, demandes, réponses. Le but de cette démarche est de mettre à la disposition des gouvernements, des organisations nationales et internationales ainsi que des professionnels du secteur de réadaptation des informations scientifiques et pertinentes et de créer les conditions du renforcement des plans nationaux.

La réflexion menée lors du Congrès a associé des usagers de services, des prestataires de services, des professionnels de réadaptation, des bailleurs et des décideurs et a porté sur les thèmes suivants : les besoins, la législation et la politiques, les stratégies, les professionnels, et la réadaptation à base communautaire. Plus précisément, il s'est agi pour chacun de ces thèmes de réfléchir aux questions suivantes:

1. Que devrait faire la FATO ?
2. Que devraient faire les acteurs nationaux œuvrant en réadaptation, ou en lien avec la réadaptation ?
3. Que devraient faire les acteurs de la communauté internationale ?

Ce travail a abouti à des recommandations présentées dans le tableau X (cf. annexe1). Le renforcement ou la mise en place des plans nationaux de réadaptation dans les pays membres de la FATO est apparu comme la principale recommandation. Ainsi la FATO avec l'appui de ses partenaires (Handicap International, OMS-Organisation Mondiale de la Santé-, CICR -Comité International de la Croix Rouge-) a décidé d'aller plus loin et de mettre en place le projet de suivi à la guidance de la mise en place et / ou du renforcement des plans nationaux dans les pays membres de la FATO.

Ce projet a été rédigé par la FATO avec l'appui et l'expertise du service de réadaptation à Handicap International Lyon en octobre 2011. L'OMS en a accepté le financement en novembre 2011.

Le projet vise à mobiliser les acteurs de réadaptation autour des plans nationaux de réadaptation en Afrique en renforçant des stratégies existantes et/ou en créant de nouveaux axes en vue d'améliorer la qualité des soins de réadaptation en Afrique.

1 Contexte

La réadaptation consiste à supprimer ou à limiter autant que possible les obstacles qui entravent l'activité et la participation de la vie en société des personnes handicapées, afin que celles-ci acquièrent et conservent le plus haut niveau d'autonomie possible et puissent réaliser pleinement leur potentiel, sur le plan physique, mental, social et professionnel[3]. Le but ultime de la réadaptation est de donner à chaque personne toutes les chances de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie en société.

Depuis quelques années, la FATO, avec l'appui de ses partenaires, cherche à améliorer en Afrique la qualité des soins de réadaptation. Cette amélioration visée s'appuie sur une stratégie globale multidisciplinaire au niveau de Handicap International. Les axes concernés sont en lien avec les politiques, l'environnement, les aptitudes et la réorganisation du système de santé. Cette démarche de promotion de santé est en lien avec les 5 axes de la charte d'Ottawa [4]. Le projet "Suivi et guidance à l'élaboration et ou au renforcement des plans nationaux de réadaptation" est un projet de la FATO qui bénéficie de l'expertise et de l'appui de Handicap International dans sa conduite. Il vise la promotion de la santé des personnes handicapées en Afrique par l'intermédiaire de l'instauration de politiques publiques saines. Cette stratégie se matérialise par le souhait de présenter en 2013 à Abidjan, en Côte d'Ivoire, lors du 7ème Congrès de la FATO - dont Handicap International assure la présidence du comité scientifique- les plans nationaux de réadaptation renforcé ou mis en place dans le cadre de ce projet.

1.1 Présentation de Handicap International

Handicap International est une fédération des associations de solidarité internationale spécialisées dans le domaine du handicap. Non gouvernementale, non confessionnelle, sans affiliation politique et à but non lucratif, elle intervient dans tous les contextes aux côtés des personnes en situation de handicap, pour leur prêter assistance et les accompagner dans leur prise d'autonomie. Depuis sa création, en 1982 en France, l'organisation a mis en place des programmes de développement dans près de 60 pays, et intervient dans de nombreuses situations d'urgence. Le réseau de 8 associations nationales (Allemagne, Belgique, Canada, France, Luxembourg, Suisse, Royaume-Uni, USA) œuvre de manière constante à mobiliser des ressources, à cogérer des projets et à faire rayonner les principes et actions de l'organisation Handicap International.

Handicap International travaille beaucoup sur le sol africain. L'organisation y inscrit ses interventions dans des contextes difficiles, pour prévenir et prendre en charge les invalidités, les incapacités et les situations de handicap liées aux maladies, aux accidents et aux violences. Il s'agit également de réadapter les personnes handicapées et de mettre à la portée de tous l'offre de service dans les différents secteurs d'activité. Enfin, les actions ont pour but de renforcer les capacités, de promouvoir la participation sociale et d'inciter les populations à exercer leurs droits.

Handicap International a beaucoup contribué à créer en Afrique une organisation régionale des orthoprothésistes dans les années 1990. C'est ainsi que, grâce à son appui, la FATO a vu le jour en 1992 à Lomé.

L'organisation régulière de Congrès, tous les deux ans, par la FATO, répond à une préoccupation commune des associations des professionnels de la réadaptation, des organisations de personnes handicapées, des partenaires techniques et financiers et à une exigence de s'inscrire dans une approche du droit conforme à la Convention Internationale sur les Droits des Personnes Handicapées et aux recommandations du Rapport Mondial sur le Handicap [5].

1.2 Présentation de la FATO

La Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes (FATO) a été créée en 1992 à Lomé au Togo. Depuis Juillet 2003, la FATO est devenue une Organisation Non Gouvernementale reconnue d'utilité publique. Elle regroupe aujourd'hui plus d'une trentaine de pays dont les professionnels s'organisent en associations et/ou groupements. Plus de 23 associations nationales ont cependant obtenu la reconnaissance officielle des autorités gouvernementales de leurs pays. On compte des pays d'expression française, anglophone, lusophone et arabophone répartis dans toute l'Afrique.

Le projet "Suivi et guidance à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation" est une preuve supplémentaire de l'étroite collaboration qui existe depuis 1992 entre la FATO et Handicap International. C'est grâce à ce partenariat que la présidence des Comités Scientifiques des Congrès de la FATO a été confiée au service de la réadaptation de Handicap International pour le Congrès d'Arusha en 2011 et le prochain en 2013 en Côte d'Ivoire. Après l'état des lieux établi lors du Congrès d'Arusha en 2011, l'objectif visé par la FATO et ses partenaires est de renforcer ou d'élaborer des stratégies et politiques nationales dans les pays membres de la FATO avant le Congrès de 2013. C'est pourquoi le projet "Suivi et guidance" a été pensé et est actuellement mis en œuvre. Il a un objectif africain qui vise la mise en place et ou le renforcement des plans nationaux de réadaptation en Afrique avant ce Congrès de 2013. Celui-ci servira de vitrine pour la présentation des plans nationaux de réadaptation dans les pays membres de la FATO. Ma mission dans le projet contribue à atteindre cet objectif général. Cependant, elle n'en représente qu'une partie. Elle se limite essentiellement au Togo, avant d'ouvrir les perspectives régionales.

1.3 Présentation du projet

L'objectif de la FATO est de présenter lors du Congrès d'Abidjan, en 2013, des plans nationaux de réadaptation de ses pays membres. Pour y parvenir, la FATO a mis en place le projet "Suivi à la guidance, à l'élaboration et ou au renforcement des plans nationaux de réadaptation dans ses pays membres". Un projet est un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, bornées dans le temps, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques. La FATO, avec l'appui de ses partenaires, s'est donné les moyens (humains, financiers et matériels) pour mettre en place ou planifier des actions pertinentes ainsi que leur coordination. Il a été également prévu l'évaluation des activités. Le but ultime recherché par la FATO est de présenter en septembre 2013 à Abidjan les plans

renforcés et/ ou créés dans le cadre de ce projet. Mais avant cette étape ultime, il est préconisé la mise en place dans chaque pays membre d'une monographie contenant des recommandations qui serviront à renforcer et ou à mettre en place le plan.

Faire une monographie, c'est faire l'étude exhaustive d'un sujet. La monographie est donc une enquête, ou étude approfondie, limitée à un fait social particulier, et fondée sur une observation directe qui, mettant en contact avec les faits concrets, participe de l'expérience vécue et relève de la sociologie compréhensive [6].

Pour atteindre les buts du projet, le comité de pilotage a choisi la progressivité dans le temps pour la conduite des actions. Il s'agit de conduire les actions dans un pays pilote et ensuite de procéder à l'extension vers tous les pays membres en se servant de l'exemple du pays pilote adapté en fonction du contexte de chaque pays membre. Cette stratégie a une conséquence sur le projet qui se décline ainsi à deux niveaux :

- Un niveau général qui concerne les 35 pays membres de la FATO
- Un niveau local qui serait un pays pilote dont les actions viendront alimenter le niveau général en les adaptant au contexte de chaque pays.

Afin d'affiner la présentation du projet, intéressons-nous à présent à ces deux niveaux.

1.3.1 Présentation du projet au niveau général

Il s'agit des actions prévues dans les 35 pays membres de la FATO.

Ces actions doivent être menées dans tous les pays membres de la FATO, d'où son nom de niveau général. A ce niveau, c'est le président de la FATO qui coordonne les actions dans les pays membres. Il rend compte aux comités de pilotage du projet dont lui-même est membre. La conduite des actions est confiée au comité local mis en place lors de l'enquête FATO et composé des acteurs clés de la réadaptation dans chaque pays. Les actions définies sont :

- la recherche documentaire afin de procéder à l'analyse des documents existants sur la réadaptation
- la mobilisation des usagers à travers les associations de personnes handicapées et de leur famille
- la mobilisation des professionnels pour les faire adhérer au projet
- la collecte de données
- l'approfondissement de l'enquête FATO et la mise en place des indicateurs
- le recueil des recommandations pour la mise en place et ou le renforcement des plans nationaux de réadaptation dans les pays membres.
- la mobilisation des acteurs clés de la réadaptation dans chaque pays membre pour la mise en place et ou le renforcement concret des plans nationaux avant 2013.

Ces actions que nous venons de présenter constituent ce que le projet prévoit de faire au niveau général ; c'est-à-dire dans les 35 pays membres de la FATO. Pour alimenter cet objectif on veut choisir un pays pilote. Le pays choisi sert à mettre en place des actions du projet au niveau local qui serviront de modèle pour le niveau général. Au niveau local, la stratégie consiste à mettre en place une monographie dans le pays choisi. Cette monographie doit contenir des recommandations qui ensuite, vont servir à renforcer le plan national de réadaptation. Intéressons-nous à présent aux objectifs du projet au niveau général:

1.3.1.1 Objectif Général

L'objectif principal du projet "Suivi et guidance à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation" est double et consiste à

- mobiliser les différents acteurs de la réadaptation pour produire une monographie comportant des recommandations pour élaborer et ou renforcer les Plans Nationaux de Réadaptation dans les pays membres de la FATO d'ici décembre 2012.
- inciter chaque pays membre de la FATO à produire et ou à renforcer concrètement son plan national de réadaptation et de le présenter lors du 7ème Congrès de la FATO en Côte d'Ivoire avant septembre 2013.

1.3.1.2 Objectifs spécifiques

En termes d'objectifs spécifiques, il s'agit :

- mettre en place le groupe projet dans le pays en impliquant tous les acteurs clés.
- d'élaborer une monographie pays contenant des recommandations pour le renforcement et ou la mise en place du plan national de réadaptation.
- de créer une dynamique des acteurs clés de la réadaptation dans le pays autour du renforcement concret du plan national de réadaptation.

1.3.1.3 Les échéances du projet

Le projet "Suivi et guidance à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation dans les pays membres de la FATO" est programmé de novembre 2011 à septembre 2013. Il a été lancé officiellement le 28 novembre 2011 au siège de Handicap International à Lyon lors du passage du président de la FATO en France. Le projet prévoit la date de fin décembre 2012 pour terminer les actions au niveau du pays pilote et jusqu'en septembre 2013 pour les actions au niveau général. La fin du projet coïncide avec le 7ème Congrès de la FATO qui se tiendra en septembre 2013 en Côte d'Ivoire.

1.3.1.4 Le financement

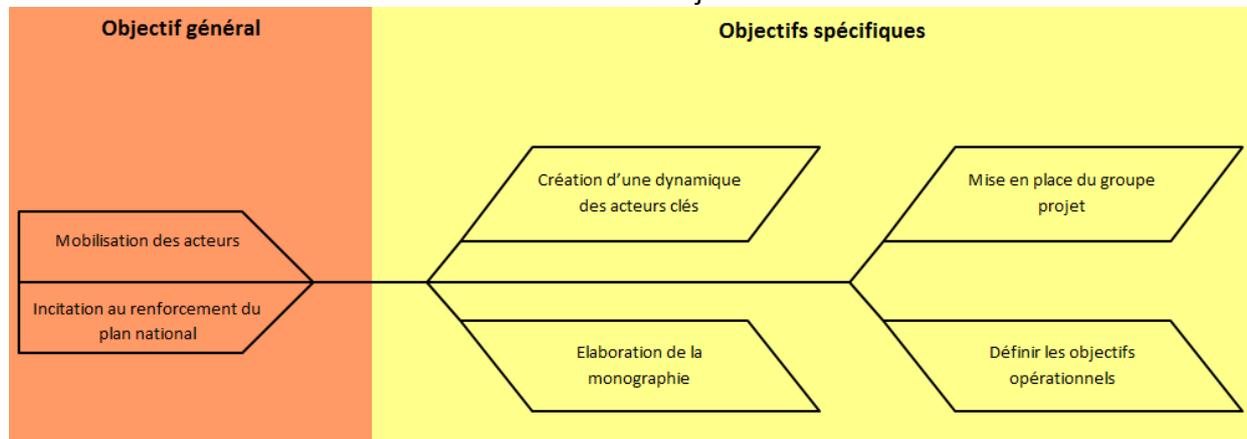
Le projet "Suivi à la guidance à l'élaboration et ou au renforcement des plans nationaux dans les pays membres de la FATO" a été financé par l'OMS en novembre 2011 à hauteur de 10000 dollars et par Handicap International pour 5000 euros. A ce financement des partenaires de la FATO, s'ajoute sa participation sur fonds propres à hauteur de 5000 euros. Le projet a été hébergé au siège de Handicap International à Lyon pour les activités du comité de pilotage. Les actions sur le plan macro étaient coordonnées depuis le siège de la FATO situé à Ouagadougou au Burkina Faso et sur le plan local au siège de Handicap International Togo à Lomé.

Pour atteindre ces objectifs que le projet s'est fixé, avec les moyens financiers dont il dispose et dans le temps qui lui est imparti, le comité de pilotage a prévu comme nous l'avons

montré plusieurs actions dont une fait référence au choix d'un pays pilote et à la mise en place de projet au niveau local.

1.3.2 Présentation du projet au niveau local

I. Arbre d'objectifs



Le choix est porté sur le Togo qui représente le niveau local pour le renforcement de son plan. Le projet vise à produire une monographie Togo contenant des recommandations. L'étape suivante est le renforcement concret du plan national de réadaptation Togo à partir des recommandations de la monographie.

Pour parvenir à cet objectif, il faudra mobiliser les acteurs clés de la réadaptation au Togo, faire des recherches documentaires, exploiter l'enquête et recueillir des informations. Voilà le niveau local du projet tel qu'il a été défini par le comité de pilotage. Ce comité a en outre défini les objectifs spécifiques du projet au niveau du Togo également. Nous sommes arrivés dans le projet pour notre stage après cette étape de définition d'objectifs spécifiques. Pour mieux comprendre le projet au niveau local, intéressons-nous à présent à ses objectifs

1.3.2.1 Objectif général

L'objectif général du projet au niveau local est également double et est calqué sur l'objectif général au niveau macro. Il s'agit de :

- mobiliser les différents acteurs de la réadaptation au Togo autour du plan national togolais de réadaptation d'ici fin juin 2012.
- inciter le Togo à renforcer concrètement son plan national de réadaptation avant fin décembre 2012 et à mettre son expérience et sa méthodologie à la disposition du niveau général du projet.

1.3.2.2 Objectif spécifique

En termes d'objectifs spécifiques, le comité de pilotage a défini pour le projet au niveau local :

- de mettre en place le groupe projet Togo en impliquant tous les acteurs clés.
- de définir les objectifs opérationnels du projet au niveau local
- d'élaborer la monographie Togo contenant des recommandations pour le renforcement du plan national de réadaptation.
- de créer une dynamique des acteurs clés de la réadaptation au tour du renforcement concret du plan national

C'est donc après la définition de ces objectifs que nous sommes arrivés dans le projet. Mais avant de présenter la méthode qui nous a permis de répondre à ces objectifs, intéressons-nous au cadre dans lequel va se dérouler le projet sur le niveau local : le Togo.

Cadre Local d'intervention : le Togo

1.3.2.3 Justification du choix du Togo

Le Togo dispose de la plus ancienne école qui forme les orthoprothésistes en Afrique subsaharienne. Il s'agit de l'ENAM (Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux) de Lomé. L'ENAM est une école régionale puisqu'elle forme les ressortissants de tous les pays d'Afrique. C'est une école normative et académique de formation des paramédicaux dont les diplômes sont reconnus par les instances internationales.

Créée en 1945, l'ENAM a eu en son sein jusqu'à 7 départements. Aujourd'hui elle compte 5 départements dont 3 sont en lien direct avec le secteur de la réadaptation. Il s'agit de l'ortho prothèse, de l'orthophonie, et de la kinésithérapie. C'est la seule école en Afrique subsaharienne qui réunit en son sein 3 départements directement liés à la réadaptation.

-Le Togo a signé la convention relative aux droits des personnes handicapées le 23 septembre 2008 et il l'a ratifiée le 1^{er} mars 2011.

-Le Togo a été l'un des premier pays dans l'Afrique de l'Ouest à s'intéresser à la mise en place d'une loi sur la protection des personnes handicapées. C'est en 2004 que l'assemblée nationale togolaise a voté cette loi. Même si jusqu'ici elle n'a jamais eu des textes d'application, elle existe.

- Le Togo héberge le bureau Handicap International Togo, Ghana, Benin et c'est un avantage du point de vue logistique et aussi de la disponibilité des données.

- Le Togo héberge également le bureau régional Afrique francophone du fond spécial de la Croix Rouge pour les personnes handicapées. C'est donc le seul pays francophone qui ait sur son territoire les représentations importantes des deux plus grands partenaires de la FATO.

- Enfin, la dernière raison est liée à l'enquête : Le Togo fait partie des 29 pays qui ont rempli le questionnaire. Il se classe dans la moyenne par rapport au remplissage et à la réactivité. Après cette justification du choix du Togo, passons à présent à la présentation sommaire du contexte.

1.3.2.4 Présentation du contexte togolais

L'objectif de cette partie est de faire une présentation sommaire du Togo, de contribuer à la compréhension du contexte géopolitique, social et économique. Elle permet de cerner le cadre national dans lequel se déroule la suite de notre action.

➤ **Contexte géopolitique**

Entre 1981 et 2010, la population togolaise est passée de 2700000 à 6191155 habitants, soit une multiplication par 2,3 en moins de 30 ans [7]. Le Togo est situé dans le golfe de Guinée, avec une superficie de 56600 Km² et limité au nord par le Burkina Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par la République du Bénin et à l'ouest par le Ghana.

Le contexte démographique est surtout caractérisé par de fortes inégalités. Sur un dixième de la superficie que représente la région maritime vivent 259 9955 habitants soit 42% de la population [7]. On note une forte densité de population de 9305 hab/km², à Lomé, la capitale, alors qu'elle est de 47hab/ km² dans la région centrale. La population togolaise est également caractérisée par une forte prépondérance des jeunes : 60,6% de la population togolaise a moins de 25 ans, et un pourcentage élevé d'habitants en milieu rural : 37% de la population togolaise vit en milieu urbain contre 63% en milieu rural. Ce dernier point contraste avec une urbanisation très rapide et parfois anarchique de certaines villes togolaises.

➤ **Contexte politique**

Sur le plan politique, le Togo a connu des troubles socio-politiques au début des années 1990, entraînant la suspension de la coopération internationale, ce qui a eu des conséquences drastiques et néfastes sur l'aide au développement dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003. Après plus de 15 ans de vaches maigres, le Togo a normalisé ses relations financières avec les principaux partenaires au développement en 2008 et jouit désormais du soutien total de ses partenaires internationaux traditionnels.

➤ **Contexte économique**

Sur le plan économique, le Togo a une situation fragile comme le témoigne les indicateurs : par exemple, le revenu par tête d'habitant était de 410 USD en 2008 contre(10) 818 USD en moyenne pour les pays de l'Afrique sub-saharienne. En 2011 rapport du PNUD sur le développement humain classe le Togo 162 sur 187 avec indice IDH de 0,435.[10]

➤ **Contexte social**

Sur le plan social, la situation générale du pays connaît une nette progression de la pauvreté. Dans les années 1980, on comptait dans la population togolaise 32% de pauvres. Ce chiffre est passé en 2006 à 61,7% et atteignait 79,1% dans les milieux ruraux[8]. On constate également une extrême vulnérabilité de la population à la pauvreté. En 2006 le taux de la vulnérabilité au Togo était de 81,6% de la population. On peut dès lors avoir de sérieuses inquiétudes sur la réalisation des OMD en 2015.

Pourtant, des signes positifs apparaissent et sont à souligner. En 2010, la croissance du Togo était de 3,5%, un chiffre très encourageant dans un contexte international de crise mais loin

des 6 à 7% de croissance annuelle qui entraînent un impact sur le bien-être de la population et sur la réduction de la pauvreté.

➤ **Contexte international**

Sur le plan international, le Togo est membre de plusieurs organisations régionales, sous-régionales et mondiales. On peut citer l'UA, la CEDEAO, le Conseil de l'Entente, l'UMOA, l'ONU ... Le Togo est traversé par d'importants corridors pour le transport dans la sous-région (corridor sud-nord allant de Lomé vers les pays du Sahel ; un autre ouest-est qui va d'Abidjan à Lagos). Ces corridors favorisent un dynamisme du secteur du commerce mais constituent aussi un facteur important de propagation des maladies du fait des mouvements de population.

2 Méthode

Cette partie a pour objectif d'explicitier les différentes tâches qui ont été menées pour parvenir à la mise en place de la monographie Togo contenant des recommandations. Après la préparation de la mission au Togo, le bilan de l'existant à travers la recherche documentaire, la mise en place du projet au Togo, il procède au recueil d'information et finie par l'évaluation de la mise en place du projet.

La démarche comporte les étapes suivantes :

2.1 Préparation de la mission au Togo

L'objectif de cette étape était de définir avec le comité de pilotage une compréhension commune du processus d'élaboration de la monographie Togo, de cerner ses attentes en termes d'objectifs, et de résultats attendus notamment par :

- plusieurs échanges par mails avec le responsable du comité local de l'enquête Togo;
- la clarification des termes de référence de la mission avec le responsable du comité local et la référente technique Handicap Afrique de l'Ouest ;
- la planification de la mission ;
- l'identification des acteurs à rencontrer ;
- l'identification de la documentation devant servir de base à la compréhension des demandes d'assistance;
- une meilleure connaissance des outils de collecte et d'analyse des données notamment : le logiciel Sphinx ;
- l'élaboration d'un chronogramme détaillé du déroulement de la mission sous forme d'un diagramme de Gantt. Les comptes rendus étaient régulièrement faits au comité de pilotage.

2.2 Recherche documentaire

L'objectif de cette étape était de mener une analyse documentaire afin de procéder à un bilan des documents existants sur la réadaptation au Togo (offre de soins, besoins, politiques, législation, pérennité des actions...).

Dans un souci de rigueur, ce fut une tâche très prenante qui a exigé une grande organisation mais aussi de la patience. La littérature sur ce sujet n'apparaît pas aussi dense que sur d'autres thématiques telles que la santé maternelle et infantile, le sida, le paludisme qui sont des thèmes souvent mis en avant actuellement au Togo.

Cette étape du projet s'est avérée nécessaire afin d'appréhender toutes les dimensions de la réadaptation au Togo. Il s'agit de déterminer la place de la réadaptation au sein du système sanitaire togolais et de déterminer les responsables de ce secteur ainsi que ce qui existe en termes de politique et de législation par rapport au handicap au Togo. Nous avons recherché des informations sur l'offre de soins et la qualité des soins de réadaptation ainsi que sur les politiques, la législation et la pérennité des actions).

Parallèlement, il s'agissait de réaliser un inventaire des stratégies, des plans, des recommandations et des documents déjà existants dans la réadaptation au Togo. La

politique nationale de la réadaptation ainsi que les indicateurs sanitaires Togo ont été de bonnes ressources pour nous.

2.2.1 Déroulement de la recherche documentaire

La recherche dans le secteur de la réadaptation au Togo est quasi inexistante. Cette situation a pour conséquence la rareté des documents. Pour réaliser la recherche documentaire, nous avons procédé en deux étapes :

- les renseignements
- la préparation et la consultation

2.2.1.1 Recherche des informations

Nous avons établi à notre arrivé à Lomé, grâce aux informations fournies par notre maître de stage par délégation et le service de documentation de Handicap International Togo, une liste des organismes qui pouvaient avoir des documents en lien avec le secteur de la réadaptation. Cette liste formée à la 1ère semaine de notre mission au Togo n'était pas définitive. Nous l'avons complétée au fur et à mesure que nous avons d'autres informations.

Les principaux organismes étaient :

- La DISSER : Direction de l'information et des statistiques sanitaires et de la Recherche. Elle est située au Ministère de la Santé Publique.
- PITR : Programme des Infirmités, Traumatismes et de la Réadaptation au Togo. Son siège se situe au sein du Centre National d'Appareillage Orthopédique.
- L'ENAM : Ecole Nationale des Auxiliaire Médicaux de Lomé.
- La FETAPH : Fédération Togolaise des associations des personnes handicapées.
- La DPH : Direction des personnes handicapée au Ministère de l'Action Sociale.
- DGS : Direction Générale des statistiques
- Handicap International
- Le Fonds spécial des personnes handicapées de la Croix Rouge
- CBM : Christopher Blinden Mission.

Nous avons relevé les numéros de téléphone de tous ces services dans l'annuaire de Togo télécom. Grâce à ces numéros, nous avons réussi à avoir les services qui étaient chargés de la documentation au sein de ces organisations et surtout les mails des personnes qui s'en occupaient

2.2.1.2 Préparation et consultation

Nous avons ensuite adressé un mail au service de documentation au sein de chaque organisation. L'objectif de ce mail était d'établir un premier contact, d'expliquer sommairement le projet qui nous amenait à entreprendre cette recherche et surtout ce que nous cherchions. En 48 heures tous ont répondu. Les réponses étaient très claires et indiquaient si le service disposait des documents ou non, quels jours et à quelles heures ils pouvaient être consultés et si le document pouvait être emprunté ou non. Nous avons donc envoyé un deuxième mail à chacun pour signaler le jour et l'heure où nous passerions. Le

reste a été une consultation classique de documents. Compte tenu du nombre très limité des documents, il était impossible de les emprunter en version papier. Pour un certain nombre, il nous était proposé une version électronique que nous pouvions emporter.

2.2.2 Documents consultés

Nous avons réussi à trouver, au terme de cette démarche, un certain nombre de documents intéressants pour notre projet.

Il s'agit :

- du rapport 2010 des indicateurs généraux de santé au Togo paru en décembre 2011 et publié par le ministère de la santé par l'intermédiaire de la DISSER.
- de la politique nationale de la réadaptation au Togo
- du GRPH4 : Rapport du 4ème recensement général de la population et de l'habitat.
- du PNDS Plan national du développement Sanitaire
- de la PNRP Politique Nationale de la réduction de la pauvreté
- de l'enquête FATO
- de l'utilisation des services publiée par Handicap International en 2010
- du rapport mondial sur le handicap de l'Oms publié en juin 2011
- de CBR gardlines
- MICS4
- DRSP-C Togo 2009-2011

2.3 Mise en place des instances du projet.

Le projet "Suivi et guidance à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation" est conduit grâce à deux instances. Ces instances sont des organes qui ont un lien hiérarchique entre elles. Il s'agit :

- du comité de pilotage
- du groupe projet

2.3.1 Le comité de pilotage :

C'est l'instance suprême du projet. Le comité de pilotage est l'instance responsable de l'aboutissement du projet. Il est basé au siège de Handicap International à Lyon. Le comité de pilotage est un groupe de personnes chargées de veiller au bon fonctionnement d'un projet au sein d'une organisation.

2.3.1.1 Mission du comité de pilotage

La mission du comité de pilotage du projet "Suivi à la guidance et à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation" est :

- d'améliorer le suivi du projet suivi et guidance à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation sur le plan de l'observation et des choix à effectuer afin d'atteindre les objectifs ;
- d'imprimer les orientations au projet ;
- de manager et coordonner tous les acteurs qui interviennent dans le projet ;
- de veiller au bon fonctionnement du projet :
 - sur le plan du budget ou du coût
 - sur le plan des délais (les plannings)
 - sur le plan du respect des spécifications (la réponse aux besoins)
 - sur le plan de la qualité.

Cette mission vise, dans sa finalité, une bonne conduite de projet afin d'atteindre les objectifs qui ont été fixés. La mission du comité de pilotage se situe à un niveau double.

- Au niveau macro : Il s'agit par son action de coordonner toutes les actions dans les 35 pays membres de la FATO, et d'accompagner, de manager et d'imprimer les orientations aux comités locaux qu'il a mis en place dans chaque pays. Il a une vision panoramique sur le projet puisque il a l'œil simultanément sur l'action dans les 35 pays.
- Au niveau micro : Il s'agit presque des mêmes actions mais cette fois sur un seul pays. La particularité ici est que c'est un pays pilote et que l'accompagnement doit être beaucoup plus intense. Le comité projet assure le briefing du chargé de projet sur le plan local et définit les objectifs spécifiques ainsi qu'un cahier des charges.

2.3.1.2 La composition

Il s'agit d'un groupe restreint de 3 personnes. Il est composé du chef de service de réadaptation à Handicap international, Isabelle Urseau, qui est aussi la Présidente du Comité Scientifique du prochain Congrès de la FATO ; de Mr Masse Niang, Président de la FATO et Me Alana Margaret qui est la chef de service réadaptation au siège de l'OMS à Genève. C'est une équipe transversale réunissant diverses compétences nécessaires à l'aboutissement du projet. Le président de la FATO représente les bénéficiaires du projet puisque c'est lui qui a conçu le projet suite aux besoins et recommandations du Congrès d'Arucha. Isabelle Urseau a un double rôle, celui de financeur par l'intermédiaire de la contribution de Handicap International mais aussi un rôle de décideur par le pouvoir que la FATO lui a confié en la nommant Présidente du Comité Scientifique des 6ème et 7ème Congrès de la FATO. Enfin, me Alana Margaret de l'OMS est le financeur principal du projet. Cet ensemble forme une équipe de décideurs capables de rendre les arbitrages nécessaires à la conduite du projet (allocations de ressources ou de budget, révision du périmètre du projet, révision des délais). Comme présenté, il s'agit de compétences diverses réunies dans un but commun.

2.3.1.3 Fonctionnement

Le comité de pilotage fonctionne beaucoup par mails, par des visio-conférences et par des réunions stratégiques à Lyon quand cela est nécessaire. Ce mode de fonctionnement permet au comité de pilotage de répondre à une double vocation : stratégique et opérationnelle.

Stratégique par la détermination des orientations du projet, la fixation des objectifs et la mise en place des cahiers des charges. Et opérationnel par la conduite effective sur le terrain de certaines actions d'accompagnement notamment des déplacements qui sont régulièrement effectués par les Présidents de la FATO.

Le comité de pilotage reçoit les fiches de liaison du groupe projet au niveau local par l'intermédiaire d'Isabelle Urseau. Cette fiche de liaison est envoyée par mail tous 8 jours. Il s'agit de rendre compte des principales activités réalisées dans la période selon les objectifs opérationnels auxquels elles répondent ; de faire l'état des lieux si ces objectifs sont atteints ou pas. Il s'agit aussi de donner les activités programmées dans la semaine à venir. Pour finir, un regard est porté sur les activités de la période en cours : si certaines n'ont pas eu lieu, il faut justifier et dire quel est le prochain délai. (cf : un exemple de fiche de liaison en annexe2)

Le président de la FATO fait des visites sur le terrain quand il est nécessaire. Ce sont donc des visites dans les pays membres pour accompagner le comité local dans ses actions.

2.3.2 Groupe projet

La mise en place du groupe projet a été une des tâches importante de notre mission. Son dynamisme et son efficacité déterminent en partie la réussite du projet au niveau micro. Sa mise en place fait partie du cahier des charges qui nous a été confié lors de notre briefing avant le départ. C'est l'instance qui est chargée de conduire le projet au niveau local.

2.3.2.1 Mission

Le groupe projet est chargé de travailler en étroite collaboration avec le chargé du projet au niveau micro. La mission de cette équipe est de planifier, d'analyser et de décider des actions et activités à mettre en place pour la réussite du projet au Togo. Le groupe projet avec le chargé de projet a pour mission de :

- Identifier les partenaires du projet
- Identifier les groupes à mobiliser
- Déterminer les actions de mobilisation
- Mettre en place les stratégies. La mission du groupe projet peut se résumer en 5 points en référence à l'outil de conception de projet mis au point par Rémi Bachelet :
- Etablir les responsabilités au niveau micro
- Lister les tâches nécessaires pour y parvenir
- Evaluer la durée et l'ordre des tâches
- Prendre en compte les ressources et contraintes
- Le chargé de projet coordonne et valide chaque tâche

2.3.2.2 Composition

La composition du groupe projet a été laissée à notre initiative. La mise en place de la monographie Togo contenant des recommandations pour le renforcement du plan national de réadaptation Togo est une tâche très spécifique. Pour parvenir à un résultat efficace et qui soit à la hauteur des exigences de la FATO et de ses partenaires, il est indispensable que le groupe projet reflète l'ensemble des acteurs de la réadaptation au Togo. Il fallait avoir en

tête la triade usagers, prestataires et décideurs mais aussi avoir identifié les compétences spécifiques et diverses pour former une équipe transversale pluridisciplinaire.

Nous avons donc formé un groupe projet avec des professionnels, des représentants des associations des personnes handicapées et de leur famille et des représentants des ministères. Au total, le groupe projet comprenait :

- La présidente du PITR
- Le représentant de la DPH
- Un représentant de la FETAPH
- Le président de l'Association des orthoprothésistes
- Le président de l'association des kinésithérapeutes
- Le président de l'association des orthophonistes
- Un représentant du CNAO
- Un représentant de l'ENAM
- Un représentant de Handicap International
- Un représentant de la Croix Rouge
- Ce groupe s'est réuni 5 fois pour préparer et planifier l'ensemble des activités qui devraient être mis en œuvre pour recueillir des recommandations au Togo.
- Le groupe projet lui-même a donné ses propres recommandations également.

2.3.2.3 Fonctionnement

Le niveau macro du projet était conduit depuis le siège de Handicap International à Lyon et Ouagadougou le siège de la FATO.

Le niveau micro était basé à Lomé mais nous recevions les directives du comité de pilotage du projet qui travaille sur le niveau macro et qui nous a confié la mission du niveau micro.

Pour les travaux à Lomé il y avait Rozenn BOTOKRO qui était notre maître de stage par délégation et qui était chargée de suivre de faire des points régulièrement avec nous.

Cependant il nous a été demandé dès le début de notre stage de mettre en place une fiche de liaison qui permettrait de suivre l'avancement des activités sur le terrain. Cette fiche était renvoyée toutes les fins de semaine à notre maître de stage ainsi qu'à son représentant au Togo.

Régulièrement, nous faisons le point en séances de travail entre Rozenn et nous même, et en séances Skype avec Isabelle à Lyon. Ce mode de fonctionnement a pu permettre de valider les activités mises en place, le diagramme de Gantt, le plan de la monographie, d'amender et d'avoir les retours sur la proposition de la monographie. Nous avons travaillé au Togo avec le groupe projet. Nous avons donc coordonné, les tâches mises en place par le groupe projet pour répondre aux objectifs niveau micro.

Le groupe projet a fonctionné avec des réunions régulières. Au total 6 réunions ont été programmées sur 4 mois. Il s'agit de travailler en équipe avec le chargé de projet pour mener concrètement les actions sur le terrain. Outre l'organisation régulière des réunions, il y a eu entre les membres du groupe projet des échanges réguliers de mails et des coups de fils. Les réunions ont toutes eu lieu au CNAO dans une salle mise à notre disposition par la directrice de ce service qui est en même temps la Chef du Programme National de Réadaptation.

Le fonctionnel du groupe projet est essentiellement opérationnel et permet de d'identifier les tâches à réaliser au Togo, de planifier, d'organiser les réunions avec les partenaires du projet au Togo ainsi que d'effectuer des séances de mobilisation des acteurs clés.

Concrètement, avec le groupe projet, nous avons réfléchi sur le comment faire pour mobiliser, qui mobiliser, et auprès de qui nous pourrions recueillir les recommandations pertinentes qui serviraient à renforcer le plan national de réadaptation. Ce fonctionnement répond aux impératifs du projet sur le plan micro.

Les réunions étaient programmées à 14H30. Le matin nous passons un coup de fil à tous les membres pour leur rappeler l'heure et l'ordre de jour de la réunion. En effet l'ordre du jour est défini pour la réunion suivante à la fin de la réunion précédente.

2.4 Les Outils du projet

Nous avons utilisé deux types d'outils qui nous ont permis de conduire le projet au Togo.

- Un outil de planification : Diagramme de Gantt
- Un outil de suivi : Fiche de liaison
- Un outil de mobilisation : le QQOQCP

2.4.1 Outils de Planification : Diagramme de Gantt

C'est un outil publié par Henry L.Gantt, ingénieur américain en 1910. C'est un outil de planification qui a été d'une importance capital pour la conduite du projet.

2.4.1.1 Justification du choix

Nous avons choisi le diagramme de Gantt dans la planification des activités du projet au Togo pour deux raisons principales :

- Il permet une planification optimale des tâches
- Il permet de communiquer sur le planning établi et les choix qu'il impose.

C'était donc un outil efficace qui nous a permis de conduire les activités du projet sans prendre trop de retard et d'éviter les confusions dans les personnes chargées d'exécuter les tâches.

2.4.1.2 Technique

La technique de construction de Gantt consiste à placer en abscisse le temps et en ordonnée les tâches. Nous avons construit le diagramme en nous basant sur les tâches prioritaires mais aussi et surtout suivant l'ordre dans lequel elles arrivaient dans le projet.

Le diagramme de Gantt, dans le cadre du projet "Suivi de guidance à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation en Afrique", devrait être beaucoup plus dense que celui que nous allons vous proposer. Mais c'est un choix délibéré de notre part de ne vous montrer que le niveau micro c'est-à-dire le niveau dans lequel nous sommes fortement impliqué dans ce projet. (Cf. annexe 3)

2.4.1.3 Fonctionnement

Le diagramme de Gantt fonctionne par optimisation de l'organisation dans le projet : planifications des tâches et activités, les échéances des activités et les ressources affectées aux activités. Avec le groupe projet, le diagramme de Gantt nous a permis

- de déterminer les dates de réalisation d'un projet,
- d'identifier les marges existantes sur certaines tâches,
- de visualiser d'un seul coup d'œil le retard ou l'avancement des travaux.

Ce sont des éléments fondamentaux dans la conduite du projet : grâce à lui, nous avons pu fonctionner correctement dans une organisation optimale.

2.4.2 Outil de suivi de projet : Fiche de liaison

C'est un outil que nous avons mis en place dès le début de notre mission sur demande du comité de pilotage.

2.4.2.1 Justification de choix

Le comité de pilotage du projet est constitué de 3 personnes qui vivent dans 3 pays différents. Le suivi du projet devient alors complexe avec le niveau local. C'est pourquoi il a nous a été demandé de mettre en place un outil de suivi. Nous avons choisi la fiche de liaison pour son extrême clarté, et sa facilité de lecture. Il est en version électronique et donc facile à envoyer par mail à tous les membres du comité de pilotage. Il est facile à remplir et ne nous demande pas trop de temps.

2.4.2.2 Technique

La technique de la fiche de liaison se base sur la construction de 4 tableaux permettant de suivre les activités du projet au Togo.

-Le 1^{er} Tableau : tableau des activités de la période (semaine)

C'est un tableau de 3 colonnes récapitulant l'ensemble des activités menées dans la semaine.

la première colonne donne les activités

la 2^{ème}, les objectifs de ces activités

la 3^{ème}, les résultats de l'activité.

Le 2^{ème} tableau présente les activités programmées non réalisées :

Il est également en 3 colonnes.

Activité

Raison de la non réalisation et ou du retard

Date de la prochaine réalisation

Le 3^{ème} tableau

Activités clés de la semaine prochaine suivant le planning

Le 4ème tableau donne une liste des documents produits sur la période
La fiche de liaison peut être consultée en annexe. (Cf. Annexe2)

2.4.2.3 Fonctionnement

Le fonctionnement de la fiche de liaison se base sur le rapport hebdomadaire.

Il s'agit de présenter à la fin de chaque semaine les activités qui ont été faites durant la semaine ; de donner les objectifs pour lesquels les activités ont été faites et de dire si ces objectifs sont atteints ou pas. Elle indique aussi les activités programmées qui n'ont pas pu se tenir et les raisons pour lesquelles cela n'a pas eu lieu.

La fiche de liaison permet également de présenter les activités prévues pour la semaine qui vient. Enfin elle indique l'ensemble des documents produits.

La fiche est envoyée aux 3 membres du comité de pilotage ainsi qu'au maître de stage chaque vendredi. Les membres du comité de pilotage nous font un retour au cours de la semaine d'après et après ce retour un point est fait avec le maître de stage par délégation à Lomé.

2.4.3 Outils de mobilisation : QQQQCP ?

C'est l'outil pour identifier les partenaires à mobiliser, donner les raisons de leur choix, dire quand les mobiliser et comment les mobiliser.

2.4.3.1 Justification du choix de l'outil

L'une de nos tâches consistait, après avoir mis en place le groupe projet au Togo, à travailler avec lui au niveau local pour identifier les partenaires à mobiliser pour le projet, quand les mobiliser, où le faire et comment s'y prendre. L'outil QQQQCP représente un moyen idéal de répondre à toutes ces questions et surtout d'éviter les oublis. Il permet de produire un maximum d'idées au sein d'un groupe pour rechercher les causes d'un problème ou inventorier les pistes de solutions. Voilà pourquoi nous avons choisi et proposé cet outil au groupe projet qui l'a accepté.

2.4.3.2 Technique

Le QQQQCP est une méthode pour éclaircir une situation donnée, décrire un procès et planifier des actions. Elle pose 6 questions relatives à cette situation afin de collecter le maximum de données : Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi

QUI ? : Qui est concerné ? C'est ici que nous identifions les partenaires à choisir. Pour faire ce choix nous nous sommes fondés sur la triade usagers, prestataires et décideurs.

QUOI ? : De quoi s'agit-il ? Pour quel but choisit-on les partenaires ? Ici nous définissons les activités à réaliser avec les partenaires.

OÙ ? : A quel endroit a eu, ou aura, lieu la situation. Il s'agit de définir le lieu de réunion.

QUAND ? : A quel moment, à quelle période s'effectuera l'activité avec le partenaire choisi.

COMMENT ? : Quel procédé et quelle technique sont utilisés pour conduire l'action.

POURQUOI ? : Pour quelles raisons la situation est arrivée ou doit- elle survenir ? Quelle est sa justification ?

2.4.3.3 Fonctionnement

Le QQQQCP peut être réalisé par une seule personne ou en groupe de travail. Dans le cas de notre projet nous l'avons réalisé en groupe de travail avec le groupe projet. Nous avons utilisé une technique d'animation de réunion qui est le brainstorming. Nous l'expliquerons plus tard. Nous étions l'animateur du brainstorming et l'analyse a été dirigée en s'appuyant sur l'outil QQQQCP. Notre rôle

a été de spécifier l'objectif et présenter les rubriques du QQQQCP.

Le groupe réalise ensuite le brainstorming, chaque élément étant associé à l'une des rubriques, les autres étant complétées par le groupe.

2.5 Méthode de mobilisation des partenaires

Sur une thématique aussi spécifique qu'est la réadaptation, il est important pour la réussite du projet au niveau micro de pouvoir solliciter les partenaires clés du projet au Togo. C'est ainsi que, avec le groupe projet, nous avons identifié des partenaires pour la mobilisation autour du projet. Nous nous sommes fondés sur la triade usagers, prestataires et décideurs.[9]

L'objectif de cette partie est d'impliquer par un partenariat les acteurs clés de la réadaptation au Togo.

Nous avons donc retenu 3 groupes de partenaires :

- les usagers
- les prestataires
- les décideurs

Ces groupes ont été invités à prendre part au projet au Togo. Il s'agit d'expliquer le projet aux représentants, de susciter leur adhésion au projet, d'impulser une dynamique des partenaires autour du projet.

2.5.1 Choix des partenaires

Pour choisir, nous nous sommes fondé sur la triade usagers, prestataires, décideurs. Le choix a été fait par le groupe projet et nous-même lors de la 2ème réunion. Il s'agit d'opérer un choix qui permette d'impliquer les représentants des acteurs clé de la réadaptation au Togo. Mais il fallait aussi, au niveau de chaque représentation, choisir en fonction de la représentativité, du dynamisme et aussi de la légitimité.

Ces 3 critères ont guidé toute la démarche. Nous disposons de la liste des différentes associations ou organisations dans chaque catégorie de la triade.

Nous avons donc choisi :

Au niveau des usagers : La FETAPH et Aphmoto

Au niveau des prestataires : Le CNAO, Le CRAO de Dapaong, Le CHR de Dapaong et l'ENAM. Les Associations des professionnels directement liés à la réadaptation. Il s'agit de- l'AMKITO, association des kinésithérapeutes du Togo- l'ASTOP, association des techniciens orthoprothésistes l'ASEPOT, association des étudiants et professionnels orthophonistes du Togo.

Au niveau des décideurs :- Le Pitr- Handicap International Togo- Le Fonds Spécial de la Croix Rouge au Togo pour les personnes handicapées.

2.5.1.1 Justificatif du choix

Le choix des partenaires s'est effectué dans une démarche rigoureuse. Rigoureuse car le succès du projet en dépendait, également la pertinence des recommandations à recueillir mais aussi et surtout, la perspective du projet dans la phase de mise en œuvre concrète des recommandations pour le renforcement du plan national de réadaptation Togo. Il fallait dès le début impliquer les bons partenaires et surtout ceux qui sont capables d'insuffler un vent dynamique sur le secteur. Il faut avoir en esprit la triade « Usagers, prestataires et décideur ». Nous avons avec le groupe projet opérer en se basant sur l'outil de mobilisation ci-dessus présenter des choix très stratégiques. Des partenaires capables d'avoir un rôle de leader chip mais aussi un rôle de mobilisateur.

2.5.1.2 Présentation des partenaires choisis

➤ La FETAPH

Le choix de La FETAPH se justifie par plusieurs raisons.

En effet :

La mission principale de la FETAPH consiste à renforcer la capacité d'intervention des associations sur le terrain et à améliorer les conditions de vie des personnes handicapées et de leur famille au Togo.

La FETAPH a été choisie comme partenaire parce qu'elle est l'organe fédérateur de toutes les associations de personnes handicapées au Togo et de leur famille ; parce qu'elle est présente sur toute l'étendue du territoire ; parce que nous sommes dans une démarche qui vise à informer, à sensibiliser et à faire adhérer les acteurs clés de la réadaptation autour du projet. Les personnes concernées par le projet sont les personnes handicapées et leur famille. La FETAPH symbolise ce creuset dans lequel viennent se fondre la plupart des associations de personnes handicapées du Togo.

Nous avons donc réuni le 6 février au siège de la FETAPH les représentants des associations membres de la FETAPH, les représentants des associations de parents d'enfants handicapés, 5 parents non affiliés, 5 représentants des associations non affiliés. Au total étaient présentes à cette réunion 50 personnes.

➤ Le CNAO

Centre national d'appareillage orthopédique et de rééducation fonctionnelle, le CNAO de Lomé a été créé en 1974 et dispose :

- d'un service d'appareillage orthopédique
- d'un service de kinésithérapie et de balnéothérapie,
- d'un service d'orthophonie.

C'est un centre qui sert de référencement dans la sous-région en recevant les patients de certains pays comme le Niger, en assurant depuis peu la formation continue et la remise à niveau de certains professionnels comme les techniciens du Tchad et du Niger avec l'appui du FSH (Fonds spécial pour les personnes handicapées). Il sert également de référence pour les centres de l'intérieur sur les conseils techniques ou l'expertise. Lors du Congrès FATO à Arusha, le CNAO de Lomé a fait une brillante communication, la première en son genre sur la mise en place d'un outil de contrôle qualité.

Depuis quelques années, l'ambition de la direction du CNAO a été de diversifier ses partenaires et d'entretenir le dynamisme du centre dans l'intérêt des personnes handicapées de la sous-région. C'est ainsi qu'aujourd'hui, le CNAO bénéficie de l'appui du FSH (Fond Spécial pour les handicapés), de Handicap International, de plan Togo, de l'ENVOL, du PITR (Programme des Infirmités, traumatismes et réadaptation) de Liliane fonds, de la CBM (Christoffel Blinden mission), des différentes ONG et Associations

➤ **L'ENAM de Lomé**

Ecole Nationale des auxiliaires médicaux. C'est pratiquement la seule école normative et académique de formation des paramédicaux au Togo.

Créée en 1945, l'ENAM a eu en son sein jusqu'à 7 départements. Aujourd'hui, elle compte 5 départements dont 3 sont en lien direct avec le secteur de la réadaptation. Il s'agit de l'orthoprotèse, de l'orthophonie, et de la kinésithérapie.

L'ENAM représente donc le lieu par excellence de la formation des futurs professionnels de la réadaptation. C'est donc avec une grande légitimité que cette institution a été choisie comme partenaire du projet par l'intermédiaire des formateurs des départements en lien direct avec la réadaptation et la direction.

➤ **Les associations des professionnels de la réadaptation**

Une des ambitions du projet est de fournir les services de qualité aux personnes handicapées. On ne peut pas mettre en place un projet qui vise à améliorer la qualité des services sans impliquer les professionnels. Si nous voulons que les professionnels adhèrent au projet, fassent une analyse de leur pratique actuelle et tentent de l'améliorer, il est indispensable d'impliquer les professionnels des métiers en lien direct avec le projet. Au Togo, nous avons donc choisi de mobiliser les représentants des 3 associations en lien direct avec le service de réadaptation pour justement leur expliquer le projet, ses avantages et surtout les inviter à s'inscrire dans la dynamique qu'ouvre la perspective d'inscrire ce projet au Togo.

2.5.2 Technique de mobilisations

Etre acteur du changement pour une politique pérenne favorable à des soins de réadaptation de qualité ».C'est le but recherché lors des mobilisations. Faire des acteurs de la réadaptation au Togo des acteurs de changement pour innover, renforcer et induire des politiques pérennes et améliorer la qualité des soins de réadaptation. Il fallait veiller à fournir des pistes ayant une vocation informative en matière de politique et de pérennité. Cette démarche informative ne doit cependant pas tenter d'imposer des opinions théoriques apprises dans les écoles ou en Occident. Il s'agit de trouver des méthodes d'animation adéquates pour exposer clairement les problèmes, susciter des débats, accompagner l'innovation et induire le changement... Jusqu'où va le rôle d'un acteur de santé publique ?

Nous avons donc choisi des techniques de mobilisation assez originales et cohérentes avec l'environnement togolais. A chaque public, nous nous sommes adaptés, suivant que les personnes présentes parlaient ou non français, savaient ou non lire. Voici les techniques d'animations utilisées.

2.5.2.1 Du rire pour mobiliser : Le sketch

➤ **Justification**

Un sketch ou, plus classiquement, une saynète, est une courte représentation assurée par un ou plusieurs comédiens sur un ton humoristique .Nous avons choisi cette technique pour animer la première réunion avec le groupe des usagers. Le groupe était composé des personnes handicapées enfants comme adultes, des parents, des responsables des associations de personnes handicapées. L'objectif du choix de sketch était de rendre gaie la réunion, de dédramatiser la thématique du handicap et de la réadaptation et enfin de montrer par le rire un problème concret de la réadaptation au Togo.

➤ **Préparation et déroulement**

C'est une technique qui a été soumise au groupe projet lors de la 2ème réunion. Nous avons proposé commencer à mobiliser les usagers par un sketch. Nous- même, en tant qu'ancien acteur, nous avons conçu un petit sketch de 10 minutes à partir d'un fait réel sur l'accessibilité physique au Togo. Le sketch a été présenté comme un moyen original d'aborder la nécessité de renforcer le plan national de réadaptation au Togo. Les acteurs étaient les membres du groupe projet. 6 rôles ont été définis et le sketch présenté au groupe projet.

Le groupe projet a adhéré à l'idée et les volontaires se sont spontanément manifestés pour tenir des rôles. Nous avons donc joué le rôle de metteur en scène dans un sketch où une

personne handicapée (non voyante) devait passer un concours et déposait un dossier. Arrive le jour de l'écrit et les organisateurs n'ont pas prévu d'épreuve en braille. Nous avons prévu une manifestation au cours du sketch pour interpeller le ministère des Droits de l'Homme et empêcher la tenue des épreuves jusqu'à ce que la solution soit trouvée. Et cette manifestation impliquait l'ensemble des participants à la réunion. Le sketch était joué en vernaculaire pour mettre tous les participants dans le bain et dans l'action.

A cette mobilisation, il y avait une cinquantaine de personnes. L'assistance était formée des personnes handicapées, de leurs parents, des dirigeants des associations de personnes handicapées membres de la FETAPH. Dans ce groupe, certains parlaient français et d'autres pas. C'est pourquoi le sketch a été joué en vernaculaire.

Après le sketch, nous avons présenté le projet à l'assistance, ses objectifs et surtout la phase suivante du projet, celle qui consistera à renforcer concrètement le plan de réadaptation Togo. Nous avons pris rendez-vous pour une 2ème séance qui serait la réunion pour recueillir les recommandations. Cette deuxième réunion aurait lieu à la fin du mois de février.

2.5.2.2 Une tempête d'idée pour mobiliser : Le brainstorming

➤ Justificatif du choix.

Cette technique de créativité en groupe mise au point en 1939 par Alex Osborn se base sur l'idée selon laquelle la qualité d'une idée ou d'une solution naît de la quantité des propositions d'un groupe. Véritable moment de stimulation de l'imagination et de l'intelligence collective. Nous avons adopté cette méthode d'animation lors deux réunions : Une avec le comité de pilotage pour définir les partenaires à mobiliser et les actions à mettre en place.

Une réunion avec les formateurs des départements de l'ENAM en lien direct avec la réadaptation.

Nous avons choisi cette technique d'animations lors de ces deux réunions pour stimuler la productivité de groupe et collecté le maximum d'idées possible.

➤ Préparation et déroulement

Les participants étaient au nombre de 10 par groupes. Tous parlent et écrivent français. Nous étions l'animateur de la réunion.

Notre première préoccupation a été de préparer les séances, de rappeler les règles pour que le brainstorming -qui est du remue-méninges- ne se transforme pas en remue-ménage.

En début de réunion, nous avons, conformément aux exigences du brainstorming, présenté 3 règles nécessaires pour la réussite de la réunion, 3 règles pour que le remue-ménage ne se transforme pas en remue-ménage.

Ces 3 règles sont :

- pas de censure : ce n'est pas un moment de règlement de compte. Pas de jugement ni de critique sur les idées.

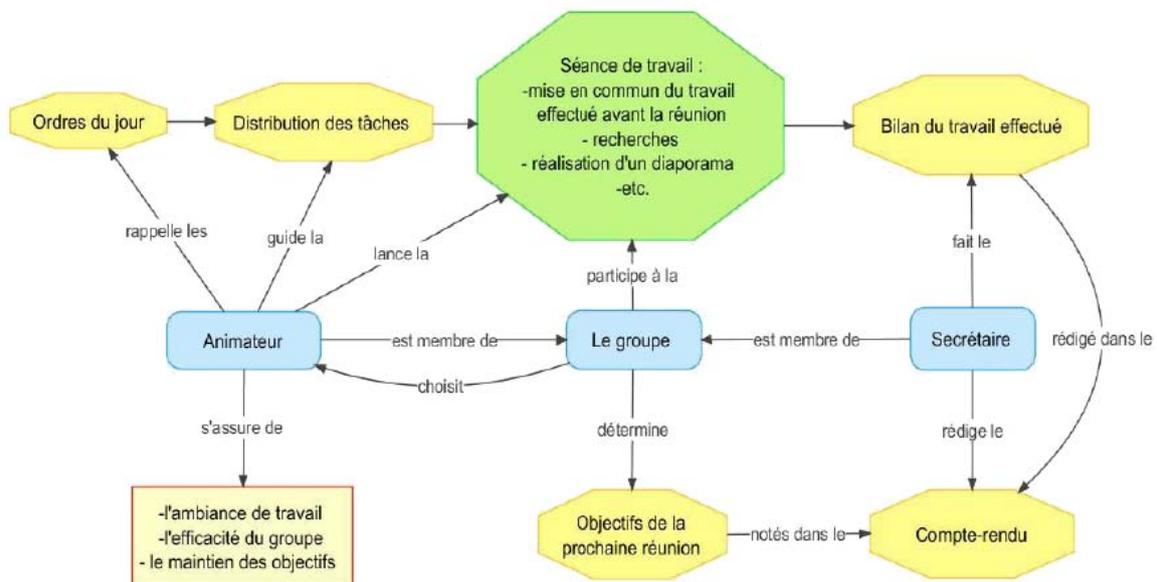
- un moment d'égalité : les rapports de hiérarchie sont laissés de côté. C'est une réflexion collective.
 - un moment de liberté
- Il s'agit d'exprimer le plus grand nombre possible d'idées et de propositions. La quantité d'idées fait qu'on a plus de chance de trouver la solution

Ces réunions ont consisté dans un premier temps à expliquer le projet aux participants, à éclaircir les termes du projet avec eux pour être sûr que nous avons tous la même compréhension des termes clés du projet. Ensuite, nous avons procédé à un brainstorming pour recueillir les recommandations. Le but recherché de la réunion avec les formateurs dans cette phase était de recueillir les recommandations pertinentes selon les formateurs qui pourraient être intégrées dans le renforcement du plan national de la réadaptation au Togo. Il y avait un tableau sur lequel nous notions toutes les idées. Le tableau était visible et tout le monde pouvait lire. Nous étions chargé de distribuer le temps de parole. Nous avons procédé par tours de table .Plusieurs tours de table ont été faits. Nous avons encouragé ceux qui parlaient moins à s'exprimer davantage

2.5.2.3 Du classique pour s'adapter : animation de réunion classique

Nous avons animé 4 réunions avec le groupe projet en suivant le plan ci-dessous .C'est de la technique mise au point par Rémi Bachelet, enseignant –chercheur à l'Ecole Centrale de Lille pour conduire les réunions (18). Nous avons donc exploité sa carte conceptuelle.

II. Model de conduite de réunion



➤ Justificatif du choix

Nous nous sommes inspirés du schéma ci-dessus présenté pour conduire 4 réunions avec le groupe projet parce qu'il nous permet d'avoir à la fin de chaque réunion un bilan de la séance et un compte rendu. Un secrétaire a été désigné pour les 4 réunions. Cela a l'avantage aussi que le groupe mettait en commun les travaux réalisés avant la réunion. Cela nous permettait d'accroître l'efficacité du groupe, de maintenir la bonne ambiance dans le groupe et surtout de maintenir les objectifs des réunions.

➤ **Déroulement**

En début de la première réunion, nous avons expliqué au groupe projet la technique que nous allons utiliser lors de ces 4 réunions. Nous avons ensuite désigné un secrétaire dans le groupe. Nous même nous étions chargé de l'animation. Ce fonctionnement nous a permis de tenir les objectifs de ces réunions, d'avoir le retour de chaque membre du projet sur les termes clés du projet et ainsi nous avons pu définir un langage commun tout au long du projet. Nous avons ainsi pu avoir les 4 compte- rendus des réunions.

2.6 Recueil d'informations

Cette partie se scinde en deux :

- une première partie qui est l'entretien face à face pour déterminer les bénéfices et freins à l'utilisation de services- personnes handicapées au Togo.
- une deuxième partie qui consiste à faire l'observation dans les services de réadaptation.

2.6.1 Entretien face à face

2.6.1.1 Justificatif du choix.

L'un des objectifs opérationnels déterminé avec le groupe projet est de déterminer les bénéfices et freins à l'utilisation de services de réadaptation au Togo et de présenter les problèmes auxquels sont confrontées les personnes handicapées au quotidien. Nous avons choisi, pour comprendre ce phénomène, de réaliser des entretiens face à face auprès d'un échantillon de personnes handicapées et de leur famille. Le but de notre démarche n'est pas de quantifier un phénomène mais c'est plutôt de comprendre pourquoi une personne handicapée au Togo utilise ou non les services de réadaptation. C'est un comportement humain que nous envisageons de comprendre. Nous émettons donc une hypothèse selon laquelle une enquête semi- dirigée en face à face avec la personne handicapée ou sa famille nous permettra d'aller au plus profond du problème et de le comprendre. Ce choix répond au contexte togolais dans lequel tout le monde n'a pas de téléphone et aussi dans lequel le langage non verbal est très important. Enfin, nous choisissons la méthode semi-directive. Nous avons donc choisi de réaliser les entretiens auprès d'un petit échantillon pour comprendre le comportement des personnes handicapées face à l'utilisation des services. Nous avons choisis la ville de Dapaong pour 3 raisons :

- C'est la région où il y a plus de personnes vulnérable au Togo

- C'est la seule ville du Togo où un projet en lien avec la réadaptation est en cours (il s'agit du projet Réad au programme Togo de Handicap International)
- Enfin, Handicap dispose d'un bureau, de personnel et d'une base de données à Dapaong.

2.6.2 Technique

Nous avons choisi des entretiens semi-directifs en face à face. Nous avons constitué un échantillon de 10 personnes. Nous avons un canevas qui contenait des items à aborder au cours de l'entretien. Suivant la façon dont la personne répondait, nous modifions ou non les autres questions. Les entretiens duraient entre 15 et 30 minutes. Nous avons alterné l'écoute active et l'écoute passive. Nous avons, avec la permission des interrogés, enregistré les entretiens.

➤ **Questionnement**

Il aide à préciser, à clarifier, à approfondir ce qui est dit par le patient. Il aide aussi celui qui parle, à faire émerger ce qui peut être latent. Grâce au questionnement, on peut entendre plus précisément 3 niveaux d'information supplémentaires tout à fait essentiels dans les entretiens liés à l'utilisation des services :

- les faits : cela permet de rendre compte de ce qui a été entendu et compris par le patient ;
- l'émotion : permet de recueillir ce qui a été ressenti
- l'opinion : ce qui a été pensé, réfléchi par le patient aidant à une mise en action

➤ **La reformulation**

C'est redire ce qui a été dit par la personne, au travers de termes plus concis et explicites. Il est nécessaire que le patient nous donne ici son accord. C'est montrer ce qui a bien été compris. Cette technique permet également de lever d'éventuels quiproquos, afin d'être toujours au clair avec ce que l'autre a voulu nous dire. La reformulation aide également le patient à se sentir écouté, compris et respecté dans ses ressentis, favorisant alors un peu plus son envie de parler.

➤ **Synthèse**

La synthèse marque toujours un temps particulier dans l'entretien. Elle vient le plus souvent marquer une pause dans le discours et dans l'écoute, avant de passer à la suite d'entretien. La synthèse permet de faire une sorte de résumé de ce qui a été dit, cherchant ainsi à rendre plus clair et plus compréhensible pour chacun les propos recueillis. Cela nous permet de montrer à notre interlocuteur que nous l'avons bien compris, ce qui est extrêmement rassurant, surtout dans le cadre très particulier qui est celui de l'annonce, où aucun malentendu ne peut être possible.

Ces 3 techniques résultent de l'écoute active. Nous l'avons alternée avec l'écoute passive.

➤ **L'empathie**

C'est une forme de compréhension et surtout une qualité de présence, qui se caractérise par la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne.

Ressentir de l'empathie, c'est être capable de différencier les émotions du patient, des nôtres, de faire abstraction de notre monde de référence personnel, tout en restant au contact de l'autre. Une question aide à se recentrer.

➤ **Population-cible**

La population-cible est l'ensemble des personnes handicapées du Togo et leur famille.

➤ **La population-source**

C'est l'ensemble de la des personnes handicapées de Dapaong. En effet c'est au sein des personnes handicapées de Dapaong que nous avons choisi notre échantillon.

➤ **Echantillon**

Nous avons choisi un échantillon de 10 personnes handicapées. Nous nous sommes fondé sur la base des données des personnes handicapées au siège de Handicap international Dapaong. Cette base de données contenait 100 personnes handicapées. Nous nous sommes fixés des critères pour choisir l'échantillon :

- Avoir un handicap physique
- Avoir un appareillage orthopédique depuis plus de 6 mois
- Habiter Dapaong ou dans un rayon de 50KM autour.
- Avoir au moins été une fois dans un service de réadaptation

Après ces critères par rapport aux patients, nous avons fixé des critères par rapport à l'échantillon.

-L'échantillon doit comporter 10 personnes handicapées dont les caractéristiques sont les suivantes :

- 3 enfants dont 2 garçons et une fille.
- 3 hommes adultes
- 4 femmes adultes

L'échantillon répond également à un autre critère : 5 patients vivaient en ville et 5 autres en milieu rural.

2.6.3 Déroulement

2.6.3.1 Les contraintes

Les entretiens se déroulent à Dapaong. C'est dans l'extrême nord du Togo. C'est à 600 kms de Lomé et Handicap International ne nous ayant pas permis de prendre un transport en commun ou nos propres moyens pour nous y rendre, le premier obstacle a été de trouver comment nous rendre sur le lieu de l'enquête.

La deuxième est la contrainte linguistique. C'est une région qui compte plus de 8 dialectes et nous n'en parlons qu'un des 8. Nous avons donc dû prendre deux interprètes ;

Et enfin, les villages sont difficiles d'accès vu l'état des routes.

2.6.3.2 Tester le canevas :

Cette étape nous a permis de vérifier la clarté des questions qui pouvaient découler des items qui sont retenus dans le canevas. C'est une aide pour pouvoir aborder tous les aspects du problème de l'utilisation des services. Nous avons observé la facilité à répondre aux questions et la durée des réponses, sachant que ce n'est qu'une estimation puisque nous procédions par des entretiens semi-directifs, et que selon les réponses nous pouvions adapter les questions.

Nous avons donc testé les questions auprès de 3 patients du CNAO à Lomé : 1 enfant, un homme et une femme. Après cet entretien, nous avons ajusté notre canevas.

2.6.3.3 L'entretien proprement dit :

Le moyen le plus sûr d'obtenir les informations auprès des personnes handicapées et de leur famille dans le contexte togolais est l'entretien face à face. Nous avons associé les agents RBC de la région qui ont en même temps servi d'interprètes. Nous nous sommes déplacé au domicile des patients sauf l'un d'eux qui n'était pas chez lui et que nous avons dû suivre au siège d'Aphomoto. En annexe[4], nous avons joint le canevas que nous avons utilisé.



2.6.3.4 Ressources mobilisées

Nous avons fait un déplacement sur le terrain pendant une semaine. Le projet s'est occupé de notre déplacement et de notre nourriture. Nous avons prévu des per diem pour les agents RBC qui en même temps servaient d'interprètes.

Le moyens humains : Handicap a mis à notre disposition un chauffeur, et Aphmoto nous a donné deux agents RBC. Le CRAO a mis à notre disposition son agent social. Nous avons un canevas d'item qui peut être consulté en annexe4.

2.6.4 Observation sur le terrain.

Nous avons dans la collecte d'information voulu observer le quotidien dans deux services de réadaptation au Togo .Il s'agit du CRAO Dapaong, du service de kinésithérapie de Dapaong et du CNAO. L'observation a eu lieu sur 5 jours à Dapaong et 2 jours à Lomé.

2.6.4.1 Justification

Nous avons choisi l'observation sur le terrain pour être au contact de la réalité afin d'observer les relations entre les professionnels et les usagers dans leur quotidien. Nous cherchions par cette méthode de recueil d'informations à rentrer dans le registre de ce qui se fait et moins dans celui de ce qui se dit.

Nous avons choisi cette technique pour recueillir l'information par le constat des évènements qui se présentent spontanément à nous. Il permet un inventaire du réel et la mise à nu des problèmes des personnes handicapées en général et de la réadaptation en particulier.

Nous avons choisi le CHR et le CRAO de Dapaong pour des raisons que nous avons déjà évoquées plus haut.

Nous avons choisi le CNAO de Lomé parce qu'il est le centre de référence national et international. En effet, le CNAO de Lomé reçoit les patients des autres centres du Togo et participe à la formation continue des professionnels du Togo et de la sous-région.

2.6.4.2 Technique et conduite

Nous avons choisi une observation indépendante .Nous observons les relations, les lieux sans interférer. Chaque point observé avait un intérêt pour nous dans notre démarche de récolte d'informations.

- les lieux : Est-ce que les lieux étaient accessibles ou pas ? Les lieux avaient-ils été adaptés ou pas. Par exemple existait-il des toilettes ou pas.
- les objets : Les aides techniques des patients ? Les appareils orthopédiques : dans quel état étaient les appareils. L'hygiène des appareils.
- les personnes : les patients venaient-ils dans les centres, étaient-ils accompagnés ou pas et par qui ? Étaient-ils accueillis, répondait-on à leur questions ou non ?
- les activités : qui fait quoi ?

➤ **Le matériel**

Nous avons conçu une grille d'observation facile à remplir (Cf. annexe 5). Cette grille comporte un certain nombre de critères qui permettent de clarifier l'observation. La grille comprenait :

- le titre de l'observation
 - l'objectif
 - le nom de l'observateur
 - le lieu où se déroule l'action
 - la date de l'observation
- et ensuite les critères observés.

Ces critères sont :

- L'accessibilité physique et financière, la disponibilité du personnel, l'accueil du patient, le confort des lieux.

➤ **Le dépouillement**

Il a eu lieu à la fin des observations dans les bureaux de Handicap International à Lomé. Nous nous sommes servis de la grille d'observation codifiée. Nous l'avons décodée et avons mis en lien tout ce que nous avons observé. Nous avons aussi fait le choix d'écarter un certain nombre de faits. Nous présentons les résultats dans la partie qui leur est dédiée dans le document.

2.7 Evaluation de la mise en place du projet

Nous avons prévu une sixième réunion bilan du groupe projet élargie à l'ensemble des partenaires mobilisés pour la production de la monographie. La monographie n'étant pas encore validée par le comité de pilotage avant la fin de notre mission, nous n'avons pas pu assister à cette réunion. Néanmoins dans le but de faciliter cette réunion, de fournir de la matière et d'être en mesure de soulever des enjeux dès avant, une évaluation a été prévue.

➤ **L'évaluation a comporté deux modules :**

Une évaluation des processus, d'aspect qualitatif, et une évaluation des résultats pour pertinence de la monographie et des recommandations recueillies. Le but est de nous interroger sur la procédure que nous avons mise en place pour produire la monographie Togo. Etait-elle bien la bonne ? Avons-nous pu atteindre les objectifs fixés par le projet ? Les recommandations recueillies sont-elles pertinentes ?

une évaluation des résultats : Il s'agissait de savoir, pour la suite du projet, si les activités que nous avons menées ont pu permettre de mobiliser les partenaires clés et s'ils sont prêts aujourd'hui à aller de l'avant et à travailler concrètement sur le renforcement du plan Togo. Pour répondre à toutes ces questions, nous avons adopté une méthodologie qui nous a permis de recueillir les réponses de ceux qui avaient participé aux réunions de

mobilisation. Nous avons également comparé les chiffres de ceux qui étaient invités par rapport à ceux qui ont effectivement participé. Nous avons donc conçu un questionnaire.

2.7.1 Population cible

Il s'agit des membres du comité de pilotage : c'est-à-dire ceux qui suivent :

- Les membres des organismes partenaires du projet qui ont été conviés et ont assisté aux réunions
- Les membres des associations qui ont été conviées et ont assistés aux réunions
- Les décideurs avec qui nous avons eu des entretiens
- Les professionnels qui ont été conviés et ont assisté aux réunions.

2.7.2 Elaboration du questionnaire

Pour mettre en forme les questionnaires, des indicateurs ont été définis. Les deux principaux retenus ont été l'indicateur de satisfaction et l'indicateur d'intention de participer au renforcement du plan national de réadaptation Togo en appliquant des recommandations recueillies au cours de la réunion.

La première question consistait en effet pour le participant à évaluer sa satisfaction suite à la réunion suivie, choisissant parmi 4 items :

Très satisfait

Satisfait

Moyennement satisfait

Pas du tout satisfait

En vue de connaître l'intention du participant à être acteur du changement en participant au renforcement du plan national de réadaptation, la question a été textuellement ainsi posée :

-« Si cela vous était demandé, participeriez-vous à une équipe chargé d'intégrer les recommandations et de renforcer le plan national de réadaptation ? »

Le participant répondait par oui ou par non en indiquant ses motivations « pourquoi ? »

Les indicateurs d'atteinte des objectifs ont été spécifiques aux contenus des réunions. Ils faisaient référence aux objectifs définis en groupe projet pour chacune des réunions.

Tous les questionnaires prévus pour les réunions sont proposés à la lecture dans l'annexe 2
Déroulement

Lors de toutes les réunions de mobilisation nous avons constitué des liste de présence avec les e- mails, des numéros de téléphone et les adresses des personnes présentes. Nous avons ainsi exploité ces documents pour l'évaluation. Nous avons envoyé les questionnaires par mail et pour ceux qui n'avait pas de mail, nous les avons contactés par téléphone, négocié un rendez-vous et vous avons rempli le questionnaire avec eux au téléphone l'heure et le jour venu.(cf annexe 6)

3 Résultats

Cette partie nous permet de présenter ce que les différentes activités décrites dans la méthodologie nous ont permis de produire. Nous présentons les résultats suivant le plan de la méthode.

3.1 Résultats des instances du projet

Les deux instances du projet ont bien fonctionné.

3.1.1 Comité de pilotage

Le comité de pilotage : les membres du comité du pilotage sont des personnes qui ont beaucoup de responsabilités et qui travaillent sur plusieurs projets en même temps. Mais ils ont su dégager du temps pour :

Nous faire un retour régulier sur les fiches de mission, ce qui a alimenté nos points hebdomadaires avec notre maître de stage.

Faire une réunion intermédiaire avec nous dans la première semaine du mois de mars comme indiqué sur le diagramme de Gantt .Au cours de cette réunion, nous avons fait le point des activités sur le terrain. Nous avons ainsi présenté le plan de la monographie ainsi qu'un draft. Le document n'était pas encore terminé. Nous avons pu bénéficier des conseils sur la conduite des activités qu'il restait à mener, ainsi que sur les points à renforcer dans la monographie.

3.1.2 Groupe projet :

Le fonctionnement du groupe projet a été très productif :

Mise en place des objectifs opérationnels.

C'est ensemble, avec le groupe projet, que nous avons déterminé les objectifs opérationnels au Togo sur demande du comité de pilotage. C'est au cours de la 2ème réunion, et les 10 membres du groupe projet invités étaient tous présents, ce qui nous fait 100% de présence à cette réunion.

➤ Les objectifs opérationnels retenus sont les suivants :

- identifier au Togo les partenaires du projet
- mobiliser des acteurs clés de la réadaptation au Togo
- élaborer une monographie Togo et la mettre à la disposition des 29 pays pour servir de modèle à adapter suivant chaque contexte
- définir une méthodologie de production de la monographie
- recueillir les données qui serviront à mise en place de la monographie et à renforcer le plan
- réaliser des entretiens pour déterminer les bénéfices et freins l'utilisation des services de réadaptations au Togo
- fournir une structure forte qui serve aux comités locaux de chaque pays et de les accompagner dans la mise en place de leur monographie
- assurer le suivi technique des actions logistiques, coordinations des actions, et suivi du budget de l'action
- évaluer ou prévoir l'évaluation de l'action mise en place

- encourager le groupe projet à la rédaction concrète du plan national Togo renforcé.

Ces 10 points ont constitué l'axe de travail réalisé dans un objectif final de propositions, de définition, de production et de finalisation de la monographie Togo. Un des temps forts était les animations qui ont permis de recueillir les recommandations auprès des acteurs clés. Ce recueil de recommandations permet de passer à l'étape suivante du projet au Togo. Il ouvre des perspectives concrètes sur le renforcement du plan national de réadaptation Togo.

➤ **Le fonctionnement**

Le fonctionnement de groupe projet a été salubre.

Nous avons programmé 6 réunions avec le groupe projet. A la fin du stage, nous avons pu en réaliser 5. La 6ème n'a pas eu lieu, ce qui nous fait 83,33% de réunions tenues par rapport à ce qui avait été programmé.

Les membres du groupe projet ont participé aux activités de mobilisation avec les partenaires. En moyenne il y a eu 8 personnes du projet présentes aux réunions de mobilisation sur les 10 invitées à chaque fois. La meilleure participation a eu lieu à la 1ère réunion avec les usagers où les 10 étaient présents. Cela s'explique par le fait qu'ils étaient acteurs de la saynète du sketch. La moins bonne participation a eu lieu à la réunion avec les moniteurs où il n'y avait que 6 membres présents. Au total, nous avons eu 15 réunions de mobilisation.

Une difficulté majeure est cependant à signaler : il s'agit des problèmes en tout début du projet au Togo pour initier la motivation des gens et leur donner envie de travailler ensemble. Le président du Comité local Togo, très réticent dès le début, est convaincu qu'on ne peut motiver les gens sans argent. Après des explications et divers contacts, tous les membres du groupe projet ont bien accepté notre invitation et la première réunion a été salubre. Nous avons tous compris que le problème n'était pas l'argent, mais la façon dont le Président du Comité Togo avait conduit les travaux. Cette situation de démobilisation ou cette idée selon laquelle sans argent, il est impossible de mobiliser les gens, est à combattre si tous les acteurs veulent bien travailler en équipe et redynamiser le secteur de la réadaptation, qui en a vraiment besoin.

3.2 Résultats de la mobilisation

La mobilisation des acteurs clés au Togo a connu un vrai succès. Les groupes mobilisés ont connu un réveil. On a assisté à une vraie prise de conscience de la nécessité de renforcer le plan national de réadaptation.

3.2.1 Participation

Nous avons en tout programmé 15 réunions avec les partenaires en groupes distincts et une 16ème réunion qui devait être un séminaire réunissant tous les partenaires ainsi que le groupe projet. Cette 16ème réunion n'a pas eu lieu.

En termes de participation, nous avons compté en moyenne 20 participants par réunion. La réunion où on a eu le plus de participants est la première réunion avec les usagers. En tout, il y avait 40 personnes présentes. La réunion où il y en a eu le moins est la réunion avec les moniteurs de l'ENAM. Il y avait 7 moniteurs.

Par rapport au nombre d'invitations que nous avons envoyées, le taux de présence s'élève à 70% toutes réunions confondues.

3.2.1.1 Que s'est-il passé dans les groupes de mobilisation ?

Au cours des réunions de mobilisation, plusieurs problèmes ont émergé et il y a une vraie prise de conscience ainsi que de la volonté des acteurs de s'inscrire dans une dynamique de résolution de ces problèmes. Les acteurs sortaient des séances de mobilisations très motivés, ce qui représente une vraie opportunité pour la suite du projet. Les mots qui revenaient dans les groupes mobilisés étaient : pluridisciplinarité, travail d'équipe, accessibilité, qualité des soins et prévention.

On assiste à un engouement des acteurs pour affronter ces problèmes au Togo, pour les inclure dans le futur plan renforcé mais aussi et surtout -et c'est ce qui nous paraît merveilleux- une réelle volonté de les intégrer dans leur pratique. Cette volonté de regarder en face les problèmes de pratique quotidienne a été constante, aussi bien chez les professionnels, les usagers que chez les décideurs. Cependant 5% des usagers nous ont dit ne pas être concernés par le projet et ont ajouté que s'ils étaient invités pour la suite ils ne viendraient pas. Nous avons cherché à comprendre pourquoi. Ils nous ont dit qu'on a souvent fait appel à eux de cette façon, mais que rien ne change d'après eux. Il y a eu trop de promesses non tenues auparavant. Nous avons mentionné cela dans le rapport que nous avons remis à la FATO et ses partenaires.

3.2.1.2 Comment ont fonctionné les groupes mobilisés ?

Les groupes mobilisés ont fonctionné dans une relative sérénité. Au début de la mobilisation, un réel problème a failli interrompre les activités du projet au Togo. Il s'agit des problèmes des per diem. L'ensemble des acteurs réclamaient à tout moment les per diem. Nous avons conçu les budgets en nous basant sur le fait que tout ceux qui étaient des salariés de l'Etat ou des Organisations Non Gouvernementales n'allaient pas percevoir de per diem puisque les réunions de mobilisation avaient lieu sur les temps de travail et que nous avions l'accord des chefs de services qui acceptaient de leur dégager du temps pour le projet. Le problème s'est posé au niveau du groupe projet comme au niveau des partenaires du projet. Nous avons prévu des collations et des per diem pour les personnes handicapées.

Il a fallu tout expliquer : le fait que le projet n'avait vraiment pas les moyens de prendre en charge les per diem et surtout le fait que nous ne voulions pas rentrer en contradiction avec le fonctionnement du programme Togo Handicap International. Nous avons fini par convaincre les uns et les autres pour avancer sans satisfaire à cette réclamation.

A part ce point, les réunions se sont toujours bien déroulées. Nous avons fixé toutes nos réunions l'après midi : ainsi, le matin, nous avons la liste des participants et nous leur téléphonions pour rappeler l'heure de la réunion et les motiver à être là. Ce fonctionnement nous a permis d'avoir 70% de présence par rapport aux invitations envoyées. Parmi ceux qui étaient là, 20% arrivaient en retard. La raison invoquée était souvent les déviations en raison des routes qui sont en réfection.

3.2.2 Synthèse des résultats de la mobilisation

La mobilisation nous a permis de nous rendre compte de la volonté des acteurs clé de la réadaptation d'adhérer au projet .Nous avons aussi pu voir la prise de conscience globale des partenaires sur la nécessité de renforcer le plan togolais. Nous nous sommes aussi rendu compte qu'il ne s'agissait pas d'envoyer une invitations pour avoir les gens présents à une réunion. Il fallait être diplomate, négociateur, convaincre en amont. Avec 70% de personnes présentes, et plus de 80% des participants adhérant au projet, nous estimons que les partenaires sont aujourd'hui mobilisés au Togo pour passer à l'étape suivante du projet. Cette situation représente une réelle opportunité pour la suite du projet, c'est-à-dire le renforcement concret du plan national de réadaptation Togo en y intégrant les recommandations recueillies. En conclusion nous pouvons dire que aujourd'hui au Togo les partenaires mobilisés le sont réellement et sont prêts à entamer la suite du projet c'est-à-dire la deuxième phase qui est le renforcement concret du plan.

3.3 Résultat de la recherche documentaire :

3.3.1 Le contexte

3.3.1.1 Le système sanitaire

« Assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous, en particulier les plus vulnérables ». C'est la vision qu'a défini la nouvelle politique nationale de santé au Togo en septembre 2011 [12].

Cette partie s'emploie à montrer l'organisation du système sanitaire togolais. Cette organisation concerne l'administration ainsi que les soins. Elle présente l'offre de soins au Togo. Pour finir, elle établit la place de la réadaptation au sein de ce système. Cette démarche a l'intérêt de montrer le lien entre système de réadaptation et système sanitaire et d'indiquer les autorités responsables du secteur de la réadaptation.

3.3.1.2 Organisation du système de santé

L'organisation du système sanitaire du Togo est structurée autour de deux axes :

- une organisation pyramidale administrative à trois niveaux (central, intermédiaire, et périphérique)
- une organisation pyramidale sanitaire également à trois niveaux (primaire, secondaire, tertiaire).

➤ La pyramide administrative

Le niveau central est représenté par le cabinet du ministère, la direction générale de la santé (DGS) et ses cinq directions centrales avec leurs divisions et services, ainsi que les institutions de santé à portée nationale.

Le niveau intermédiaire comprend 6 directions régionales de la santé (DRS);

Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle ;

L'administration des districts sanitaires est assurée par les 30 directions préfectorales de la santé (DPS) et 5 directions de district sanitaire (DDS).

➤ La pyramide des soins

Le système de prestations de soins est organisé en trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

Le niveau primaire est constitué des structures de soins de santé primaires autour du district sanitaire et comprend deux échelons : les structures de soins de base (USP, cabinet privé de soins et PMI) et les structures de soins de première référence (HD), publiques ou privées avec ou sans Antenne chirurgicale.

Le niveau secondaire est représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et hôpitaux spécialisés de référence.

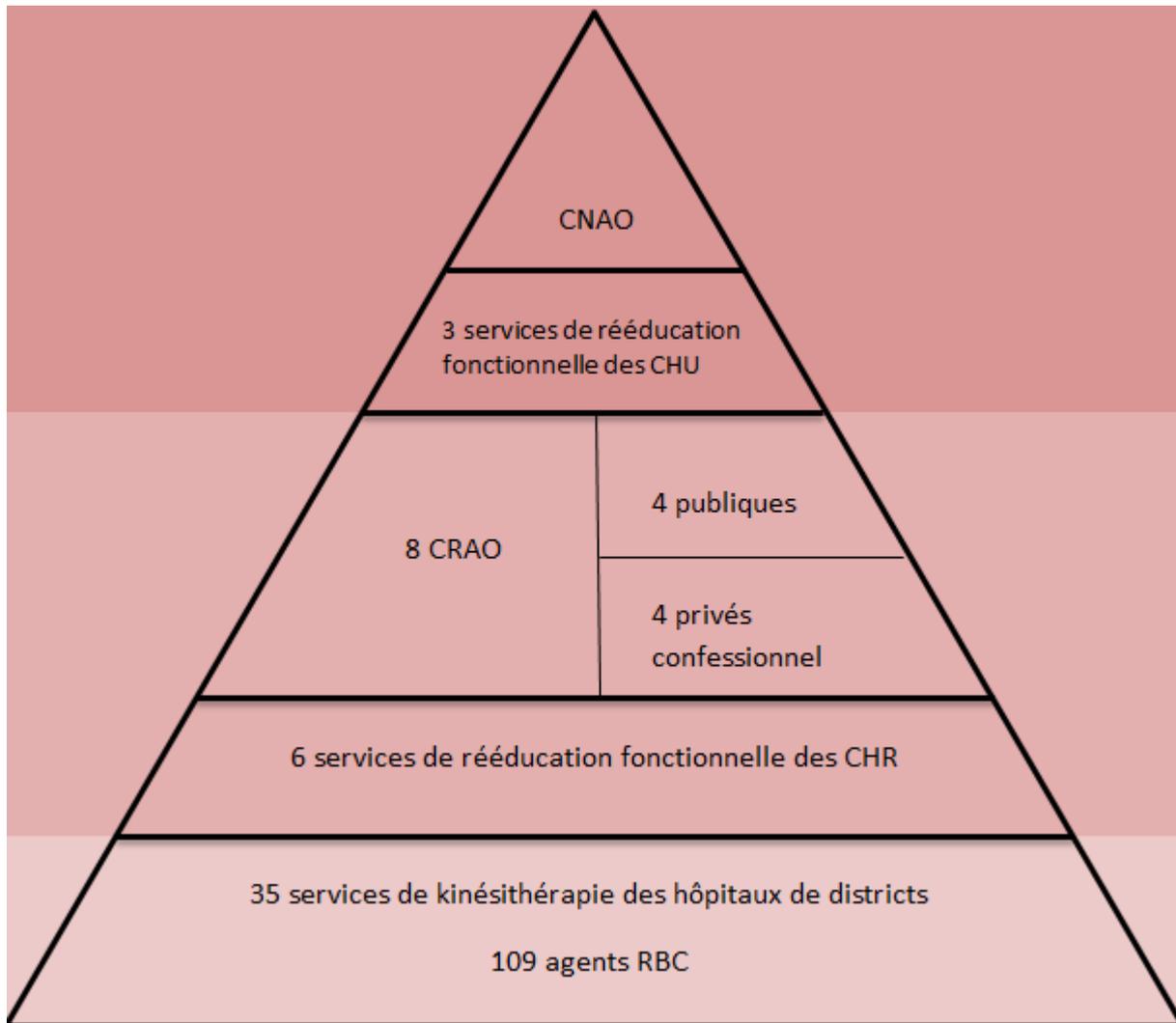
Le niveau tertiaire est constitué par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les institutions spécialisées de santé de portée nationale.

3.3.1.3 Système de réadaptation au Togo

Le Togo est l'un des pays de l'Afrique subsaharienne qui dispose du secteur de réadaptation le plus ancien. En 1974 déjà, la coopération germano-togolaise, par l'intermédiaire de la GTZ, a créé le département de l'appareillage orthopédique au sein de l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux de Lomé. Très vite cette école prend un caractère régional et reste aujourd'hui encore la seule en Afrique subsaharienne à dispenser une formation diplômante en français reconnue par les instances internationales. En parallèle s'est installé le Centre National d'Appareillage Orthopédique et de rééducation fonctionnelle qui sert de référence nationale et sous-régionale. Dans le but d'améliorer l'accessibilité géographique, plusieurs centres régionaux ont été installés dans les chefs-lieux des régions du Togo. Parallèlement, il existe des centres confessionnels. Quelques centres privés rudimentaires font leur début ainsi qu'une entreprise de vente de matériaux de réadaptation.

➤ Organisation du système de réadaptation au Togo

III. Le système de la réadaptation du Togo a une organisation pyramidale.



Le niveau central

Au niveau central se trouve le Centre National d'Appareillage Orthopédique. Le CHU de Lomé Tokoin, celui de Lomé Campus et en fin celui de KARA.

Le niveau intermédiaire

- Au niveau intermédiaire il y a 8 centres d'appareillage orthopédiques et de rééducation fonctionnelle dont 4 centres publics qui sont les 4 CRAO dans les chefs-lieux des régions de l'intérieur, et 4 centres confessionnels à Bombouaka, Sokodé, Bassar et Afagnan. Il

existe également 6 CHR répartie sur toute l'étendue de territoire et situant dans chaque chef-lieu des 5 régions du Togo et un à Lomé commune.

Au niveau périphérique

Après le concours de la fonction publique de 2009, la Directrice Nationale de la Réadaptation au Togo a fait un plaidoyer très salubre auprès du gouvernement. Suite à cette démarche, l'Etat a accepté d'ouvrir un service de rééducation et d'affecter au moins un kinésithérapeute dans tous les 35 hôpitaux de districts du Togo.

Ces kinésithérapeutes assurent les soins de réadaptation et font le référencement vers les CRAO ou vers le CNAO pour les cas les plus complexes et /ou les cas dont la prise en charge nécessite un service spécialisé indisponible dans le CRAO. En parallèle, il existe un système de contre référencement qui est fait des CRAO et des CHR vers les districts et ou les agents RBC dans le cadre du suivi des patients. Ce système mérite d'être renforcé dans toutes les régions. A ces kinésithérapeutes s'ajoute, au niveau périphérique, le réseau des agents RBC (Réadaptation à Base communautaire) très puissant dans certaines régions du Togo. Ce sont des personnes issues de la communauté dont l'action consiste principalement à faire des identifications de cas dans leur communauté, à organiser le référencement vers le niveau intermédiaire. Ils ont également un rôle d'accompagnement auprès des familles. Le niveau intermédiaire leur fait également un contre référencement.

3.3.2 Historique du plan

Historique du plan national de la réadaptation Togo

Le 12 février 1997 a été adoptée au Togo la politique nationale de la réadaptation. Ce document a été élaboré suite à une série de séminaires organisés depuis 1995 réunissant tous les acteurs de la réadaptation au Togo à savoir les associations des personnes handicapées, les associations des professionnels de réadaptation, les bailleurs et les représentants du gouvernement.

Ce document fait l'inventaire des besoins dans la réadaptation au Togo. Il indique 44476 personnes handicapées au Togo dont 57,8% de sexe masculin et 42,2% de sexe féminin. Ce nombre se base sur le recensement général de la population fait en 1981. C'est 2 % de la population. Le questionnaire par rapport au handicap retenait 9 classifications : Aveugles, Sourds-Muets, Paralytiques du membre inférieur, Paralytiques du membre supérieur, Autres paralytiques, Amputés, Handicapés mentaux, Malades mentaux et autres handicaps. Le handicap le plus fréquent est la paralysie avec 32,7% suivie de 27,1% de cécité.

En Août 2005 a eu lieu la révision 8 ans après l'adoption du programme national de la réadaptation au Togo. Ce document a été élaboré dans un contexte très difficile à cause de la crise socio politique qui a isolé le Togo sur le plan international et qui a eu des conséquences drastiques et néfastes sur l'Aide au Développement dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003. Les conséquences ont été dramatiques sur le plan social et économique, avec l'arrêt des financements des organisations internationales, l'absence de soutien de la communauté internationale et la raréfaction des partenaires dans la réadaptation. Dans ce dernier document le nombre de personnes handicapées est évalué à 400000 personnes. Ce nombre résulte de l'estimation basée sur les standards de l'OMS qui était de

10% de la population. Le nouveau document souligne la nécessité de procéder à un nouveau recensement.

L'offre de soins de réadaptation dans ce document se résume à un Centre National de réadaptation basé à Lomé, la capitale du Togo, et 4 aux centres régionaux à l'intérieur du pays dans chaque chef-lieu de région. A cela s'ajoute 2 centres confessionnels qui sont Afagan et de Bombouaka. Ces centres s'occupent des soins de réadaptation et de l'éducation des enfants handicapés.

Le document se termine en définissant les problèmes prioritaires auxquels le Togo doit s'attaquer dans les prochaines années. Il s'agit de 7 problèmes après analyse de la situation générale des personnes handicapées dans la société togolaise et en tenant compte de certains critères de sélection. Les problèmes identifiés dans ce document sont :

Fréquence élevée des maladies et états pathologiques handicapants ;
Emergence de maladies handicapantes telles que l'ulcère de Buruli
Fort taux d'analphabétisme au sein de la population des personnes handicapées ;
Inégalité de chances dans les domaines de l'éducation et de la formation professionnelle surtout pour les déficients sensoriels
Inégalité de chances et de traitements des personnes handicapées face à l'emploi et au faible pouvoir d'achat
Inaccessibilité des lieux, édifices publics et privés aux personnes handicapées ;
Non acceptation de la personne handicapée dans la société.

La politique nationale de réadaptation dans sa version révisée propose des axes stratégiques en vue d'améliorer la réadaptation au Togo. Ces axes concernent :

- La prévention des incapacités.
- L'évaluation de l'ampleur du handicap
- L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de réadaptation.

La politique nationale de réadaptation au Togo depuis sa création en 1997 a permis une avancée, même si elle n'est pas énorme.

Il y a eu le vote en 2004 de la loi de protection sociale des personnes handicapées, et la mise en place en 1997 du PITR (Programme des Infirmités, traumatismes et de la réadaptation).

On note aussi une diversification de l'offre de soins de réadaptation en mettant en place les soins au niveau périphérique. Aujourd'hui tous les hôpitaux préfectoraux du Togo ont au moins un kinésithérapeute qui assure la prise en charge et organise des référencement vers le niveau supérieur.

3.3.3 Politiques et législations existantes dans la réadaptation au Togo

Le Togo a signé la convention des Nations unies relatives aux droits des personnes handicapées le 23 septembre 2008 et il l'a ratifiée le 1er mars 2011. La loi de la protection des personnes handicapées est en cours de réécriture actuellement.

Le Togo dispose d'une politique nationale de la réadaptation, depuis 1997, réactualisée en 2006. En 2004, il a été l'un des premier pays de l'Afrique de l'Ouest à voter une loi de protection des personnes handicapées. Malheureusement cette loi n'a jamais été suivie de textes d'application.

Le Togo dispose d'une politique nationale de réduction de la pauvreté dite inclusive car elle inclut la dimension du handicap.

Le cadre législatif est respecté au Togo avec l'appui du Ministère des Droits de l'Homme, et des Affaires Sociales. Le Ministère de la Justice est très sensibilisé sur les questions du handicap, de la réadaptation.

Il existe, grâce aux actions du PITR avec l'appui de CBM, un Comité Consultatif sur le Handicap au Togo. Ce comité est composé de représentants de 7 ministères identifiés clés sur la question du handicap, de juristes et de représentants des personnes handicapées. A la tête de ce Comité se trouve la responsable du PITR.

3.4 Résultats de recueil d'informations

3.4.1 Résultats des entretiens face à face

Les entretiens face à face ont mis en évidence un certain nombre de problèmes.

3.4.1.1 Intérêt de l'appareillage vu par les usagers.

Tableau 1 : Intérêt du port de l'appareil

Intérêts	Nombre
Marcher	6
Travailler	4
Jouer	3
Me sentir bien dans ma peau	4
Aller à l'école	3
Etre autonome	4

La première raison est donc le fait de pouvoir marcher. Cela s'explique parce que tout ceux qui ont été interrogés souffrent d'un handicap physique. C'était un choix de départ de notre part de n'avoir dans l'échantillon que le handicap physique. Important aussi, le travail, qui a été cité 4 fois. En fait, sans appareil, il est impossible de marcher et donc impossible d'aller travailler.

Un autre point fort qui ressort est l'intérêt de l'appareillage vu par les enfants qui citent spontanément comme intérêt : le jeu .L'appareil me permet de jouer avec les copains à l'école, alors que chez les adultes, l'appareil me permet de marcher et d'aller travailler.

3.4.1.2 Qui paye les appareils ?

Tableau 2 : Financeurs des frais d'appareillage

Payeurs	Nombre
Famille	4
Organisme de bienfaisance	3
Patient	1
Eglise	1
Action sociale	1

Ici, nous voyons que c'est la famille ou la solidarité familiale qui paye pour 40% des cas. Cela s'explique par le fait que au Togo il n'y a pas de Sécurité Sociale qui prenne en charge l'appareillage.

30% des appareils sont payés par les organismes de bienfaisance, national ou international. C'est montrer l'importance des ONG comme Handicap International qui est bien présent sur le terrain depuis 1997 au Togo et qui fait un travail formidable dans l'accès aux soins. Le projet Education inclusive de Handicap International à Dapaong a été beaucoup cité par les parents. Une autre leçon est l'état de vulnérabilité des patients puisque que seulement 10% peuvent se payer un appareil.

3.4.1.3 Les freins

Tableau 3 : Les freins au port de l'appareillage

Freins	Nombres
Prix	8
Déplacement	6
Manque d'informations	4
Confort de service	3
Accessibilité du service	4

Le point précédent vient se confirmer ici encore. Quand on pose la question : quel frein peut vous empêcher d'avoir recours aux soins de réadaptation ?, spontanément les gens répondent : le prix, à 80%.

Vient le frein : moyens de déplacement 60%, même ceux qui vivent en ville à cause de l'adaptabilité des trottoirs et des difficultés pour trouver un moyen de déplacement adapté pour se rendre dans un centre. 40% affirment n'avoir jamais entendu parler d'un centre de réadaptation avant la visite à domicile de l'agent RBC.



(Photo Handicap International)

3.4.1.4 Autres renseignements.

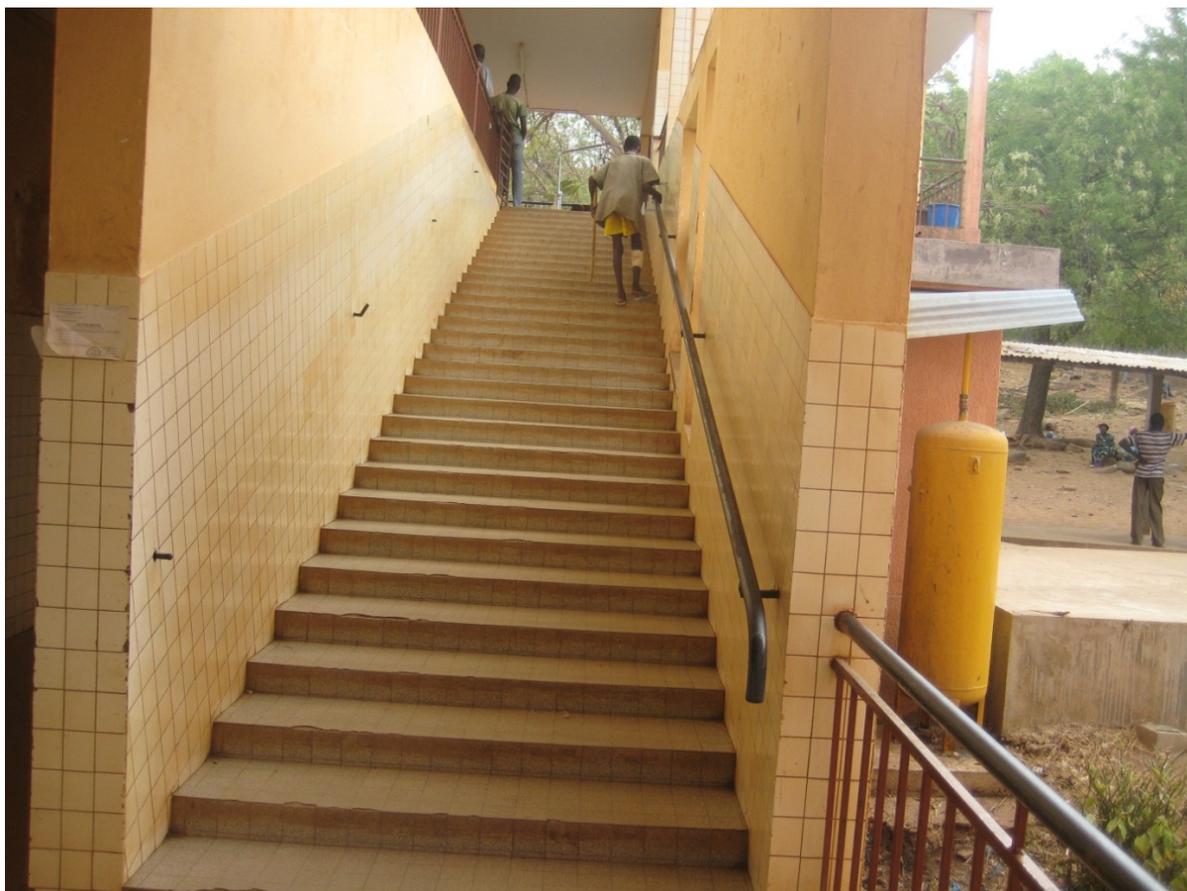
Les autres enseignements de cet entretiens sont que l'appareillage orthopédique coûte en moyenne 80000., que en moyens les patient faisaient deux ans sans se rendre dans un service de rééducation et que un appareillage orthopédique faisait 3 ans avant à sa réparation et 5 ans avant de le changer.

3.4.2 Résultats de l'observation

L'observation a mis en évidence certains problèmes de la réadaptation au Togo :

3.4.2.1 Accessibilité

➤ Accessibilité physique :



Comme le montre cette photo prise le 20 février au service de rééducation fonctionnelle du CHR de Dapaong, l'accessibilité physique est un réel problème pour les personnes handicapées au Togo. Au CHR de Dapaong, le service de kinésithérapie est situé au 2ème étage sans rampe ni ascenseur. Pour y accéder, il faut faire appel aux brancardiers, ou à la famille ou encore se débrouiller tout seul comme ce jeune homme à qui on vient de retirer un plâtre et qui doit se débrouiller tout seul pour avoir accès à sa rééducation. Ce service n'est pas le seul qui pose problème. Le service de kinésithérapie du Centre Régional d'Appareillage Orthopédique (CRAO) de Sokodé ne peut être atteint si on est en fauteuil roulant. Les trottoirs, les routes, les transports en commun ne sont pas du tout adaptés.

➤ **Accessibilité Financière**

Nous avons observé des parents démunis en train de négocier chez l'assistante sociale au CNAO comme au CRAO. Les appareils coûtent chers. Le prix des appareils orthopédiques au Togo varie entre 15000 à 270000 cfa dans un pays où les appareils sont payés par les patients eux-mêmes ou par la solidarité familiale et /ou le SMIC est de 32500. Cette situation rend les personnes handicapées beaucoup vulnérables.

3.4.2.2 Accueil des patients

L'observation à monter un accueil chaleureux au CNAO de Lomé comme au CRAO Dapaong. Par contre l'accueil est un peu froid au niveau du CHR de Dapaong. Un c'est physiquement inaccessible, et deux le personnel est débordé. Quand la famille monte demander les brancardiers pour aider les patient à monter à l'étage, soit ils sont occupés ou il n'y a pas de brancards ce qui crée des tensions entre les parents et les personnes. On voit des parents attachés des personnes handicapées au dos pour monter les escaliers.

3.4.2.3 Les indications de services

Les 3 services observés à soir le CNAO, le CRAO et le service de rééducation du CHR de Dapaong sont clairement indiqué. A l'intérieur de chacun d'eux les services sont aussi bien indiqués; par exemple au CNAO de Lomé on a un plan indiquant

- l'accueil
- service appareillage orthopédique
- Le service de kinésithérapie
- Le service d'orthophonie
- Service de balnéothérapie.

3.4.2.4 La Fréquentation

Au CHR de Dapaong, le service de rééducation fonctionnelle est plein à craquer. Il sollicite des lits dans d'autres services pour mettre des patients. Ce phénomène s'explique par le nombre croissant des accidents de la voie publique, lui-même expliqué par le faite que c'est une région frontalière et commerciale qui a connu une baisse considérable des motos. Au CNAO de Lomé c'est aussi le cas. Le jour de consultations les files sont interminables. Ils viennent de mettre en place un système de prise de rendez-vous pour éviter de ne pas pouvoir prendre tout le monde.

3.4.2.5 Manque de personnel qualifié

Actuellement au Togo il n'y a pas de médecin de rééducation. Ce sont des chirurgiens orthopédiques ou les médecins généralistes qui jouent le rôle de médecin de rééducation en plus de leur propre service qu'ils ont à gérer. En ce qui concerne le personnel de réadaptation, tous les centres ont les métiers directement liés à la réadaptation, à savoir les kinésithérapeutes, les orthoprothésistes, les orthophonistes. Mais les files d'attente des patients dans les centres montrent qu'ils sont parfois débordés.

3.4.2.6 Manque d'équipement

Aucun centre de réadaptation au Togo n'a pour l'instant de service de radiologie. Les patients sont dirigés vers les CHU ou les CHR après leur appareillage, ce qui pose un problème dans le parcours du patient. Les professionnels font avec ce qu'ils ont et fabriquent eux-mêmes des équipements dont l'utilisation n'est pas totalement optimale.

3.5 Production Monographie Togo

3.5.1 Présentation de la monographie

La Monographie est un document d'une trentaine de pages dont la production est le résultat de toutes les actions menées dans le projet. Au mois de mars, à Lyon, nous avons présenté un premier draft de la monographie Togo au comité de pilotage du projet lors de la réunion intermédiaire. C'était un document d'un peu plus de 30 pages. La mise en page n'était pas encore faite. Mais tenir entre les mains ce document même non encore abouti à suscité en nous un sentiment indéfinissable : il s'agissait de l'aboutissement concret de tout le travail fait en amont.

Lors de notre briefing en fin décembre, avant de partir pour le Togo, il a été dit que la monographie se présenterait de façon suivante.

Un document d'une trentaine de pages

- présentant le cadre de l'intervention (contexte)
- explorant les liens qui existent entre système de santé et système de réadaptation
- présentant l'offre de soins de réadaptation
- présentant les acteurs
- présentant les recommandations des acteurs pour renforcer le plan national de réadaptation Togo.

La monographie définitive remise à la fin de la mission est un document de 32 pages.

Il comprend un contexte :

L'objectif de cette partie était de définir le cadre de l'intervention. Il comprend le contexte géopolitique, le contexte social, le contexte économique, le contexte sanitaire et il explore le lien entre système sanitaire et système de la réadaptation.

- La réadaptation au Togo :

Cette partie présente le système de réadaptation au Togo, et les responsables qui le commandent, l'offre de soins de réadaptation, les services disponibles.

- Les acteurs clé de la réadaptation au Togo

Cette partie consiste en un inventaire des principaux acteurs de réadaptation au Togo et les différents liens qu'ils entretiennent entre eux ;

- Les prestataires

Ce sont les prestataires de service sur toute l'étendue du territoire dans le domaine public comme dans le domaine privé confessionnel, les prestataires de formation ainsi que les perspectives dans ce domaine.

- Les politiques, les législations et stratégies qui existent au Togo :

C'est la partie qui explore les différentes politiques qui ont été menées jusqu'à présent dans le domaine de la réadaptation au Togo. Les engagements internationaux du Togo vis-à-vis des conventions et traités internationaux, les lois et textes de lois mis en place, la politique nationale de réadaptation et la réadaptation à base communautaire.

- Les recommandations après une présentation de la réadaptation, système de réadaptation à travers les services, les prestataires et les acteurs clés. Nous avons, dans une dernière partie, présenté les recommandations recueillies auprès des différents acteurs.

La monographie toute entière étant trop volumineuse à mettre en annexe nous y avons mis le plan (Annexe7)

C'est un document facile à lire et surtout qui a pour vocation de servir de modèle pour les autres pays. Le comité de pilotage a réceptionné le document. Il nous a fait des remarques que nous avons intégrées dans le corrigé. L'ensemble du document peut être consulté en annexe.

La rédaction de la monographie nous a permis de faire une synthèse des problèmes aux quelles sont confrontés les secteurs de réadaptation togolais.

3.6 Résultats de l'évaluation

Cette partie nous permet de présenter ce que la méthodologie de l'évaluation, que nous avons présentée dans la méthode, nous a permis de repérer.

3.6.1 Evaluation des processus

3.6.1.1 Pilotage du groupe projet et préparation

Il ne peut être rapporté ici qu'une intense satisfaction, même si le recul et l'expérience ne sont en aucun cas suffisants pour en mesurer l'ampleur.

Satisfaction pour avoir impliqué tous les membres du groupe projet et les faire adhérer au projet, ce qui n'était pas gagné d'avance compte tenu de la diversité des acteurs et partenaires mobilisés. Grâce aux conseils de notre maître de stage, de notre guidant universitaire, et des cours théoriques à l'Ecole de Santé Publique de Nancy, depuis la licence jusqu'au au Master 2 cette année, nous avons réussi à fédérer tous les membres autour du projet.

Un des temps fort du pilotage du groupe projet a été lors de la première réunion quand nous avons laissé du temps à l'ensemble des participants pour régler les problèmes antérieurs d'ego et d'affrontement de personnes. Après cette phase d'explication assez houleuse et une réconciliation, tous les participants ont décidé de se fédérer, de se tourner vers l'avenir et de produire un travail bien fait.

En termes de pilotage, au-delà de l'aspect d'informateur sur les intérêts et les ambitions du projet, la fréquence et le nombre des réunions nous paraît adéquats. Le petit regret est la dernière réunion de bilan qui n'a pas eu lieu avant notre départ et nous regrettons beaucoup cette situation.

Le travail réalisé autour des préparations- entretiens individuels, contacts par mail ou par téléphone, réservation du matériel nécessaire pour les animations, communication s'est relativement bien déroulé.

3.6.1.2 Résultat de l'enquête d'évaluation.

Au total nous avons 72 questionnaires. Nous en avons envoyé 57 par mails, 3 par courrier porté par le chauffeur de Handicap International et aux 12 qui ne savaient ni lire et écrire, nous avons téléphoné et nous avons rempli les questionnaires en direct avec eux. Sur les 60 questionnaires envoyés, 51 ont répondu, soit un taux de réponse de 85%. Pour les 12 à qui nous avons téléphoné, les 12 ont accepté de répondre. Ce qui fait 100% de remplissage.

Les personnes qui n'ont pas rempli les questionnaires n'ont pas répondu à nos relances et nous ne savons pas pourquoi ils ne l'ont pas fait.

Après le dépouillement, il ressort que plus de 81 % de ceux qui ont répondu se disent soit satisfaits soit très satisfaits des réunions auxquelles ils ont assisté.

Quand on regarde les réponses par rapport au fait qu'ils étaient disposés à participer au renforcement du plan, le résultat est 73%. Et pour justifier cette disponibilité, ils répondent qu'ils adhèrent au projet et voient les avantages d'un plan renforcé à travers les politiques pérennes, la qualité des soins, l'existence des données et ils se disent très motivés du fait que leur travail puisse être exploité ensuite par les autres pays.

3.6.2 Aspects organisationnels

Ces derniers ont concerné essentiellement les contacts avec les différentes associations, les partenaires à mobiliser, les salles à réserver, les personnes à inviter, les rendez-vous à prendre et surtout les relances pour rappeler, éviter les oublis et les absences.

L'organisation du temps de travail en fonction des tâches à réaliser a dû être rigoureuse. En effet, vu la diversité des personnes à mobiliser et leur impératifs, il fallait être flexible et toujours tenir compte de l'emploi du temps de chacun pour fixer les dates. Donc beaucoup de contacts. Il a fallu faire preuve d'adaptation et fournir un temps de travail final plus dense.

Enfin, un problème est apparu dans l'organisation du déplacement sur le terrain à Dapaong à 600 KM de Lomé : Handicap International Togo nous a refusé de prendre notre propre voiture comme cela avait été convenu ainsi qu'un bus de transport en commun. Il fallait attendre une mission de Handicap international Togo sur Dapaong. Nous avons dû reporter la date prévue pour la mission, organiser en deux jours la mission quand nous avons été mis au courant que partait une voiture de Handicap International. La mission s'est finalement bien passée.

3.6.3 Evaluation des résultats

La campagne mail a été fructueuse. Tous les questionnaires envoyés ont été remplis et renvoyés. Une particularité mérite d'être mentionnée : il s'agit de ceux qui n'avaient pas de mails. Ce sont 4 personnes du groupe des usagers qui ne parlaient pas français. Nous avons tenu cependant à les impliquer dans l'évaluation car la réunion a été adaptée pour qu'ils aient une implication active. Nous avons donc procédé par téléphone en posant les questions en vernaculaire. Leurs réponses ont été intégrées dans le tableau de synthèse. Le dépouillement a été fait à l'aide d'un tableau synthétisant les réponses (cf. annexe)

3.6.4 Exploitation et discussion

Après analyse des différents questionnaires, il est possible de porter un regard critique sur l'ensemble des réunions. Il s'avère que l'ensemble des participants se disent soit satisfait, soit très satisfaits des réunions auxquelles ils ont participé. Tous ceux qui ont assisté à la réunion des usagers se disent très satisfaits. De la même façon, la plupart s'estiment prêts à intégrer une équipe qui travaillerait concrètement sur le renforcement du plan national en y intégrant les recommandations. Ce dernier point constitue la principale satisfaction puisqu'il est l'objectif principal de notre mission au Togo et il est très satisfaisant pour le groupe projet ainsi que pour le comité de pilotage.

Si l'on s'intéresse aux indicateurs spécifiques définis pour chaque réunion, il est aisé de constater que la plus part des participants ont répondu « oui » pour chacun d'entre eux. Ce qui est très valorisant pour l'ensemble des partenaires mobilisés et pour la mission de stage qui nous a été confiée.

Le cas particulier de la réunion avec les usagers a connu un succès au-delà de nos espérances : réponse « très satisfait lors de l'évaluation ». Le sketch y était pour quelque chose puisque tous l'ont apprécié. Par contre, la réunion avec les formateurs a connu un succès mitigé. La partie explication du projet était-elle trop longue ? Est-ce dû au fait qu'ils ne voulaient pas être concernés par le volet formation du plan sans s'impliquer dans les autres parties ? Ou alors, est-ce dû au fait qu'il n'y avait aucun moniteur au Congrès d'Aruscha mis à part le Président de l'ASTOP qui est en même temps moniteur ? C'est un volet qui doit être creusé lors de la réunion de bilan afin de corriger pour les prochaines actions ce qui a pu diminuer l'ardeur des moniteurs de l'ENAM.

3.6.5 Principaux renseignements de l'évaluation

L'évaluation se donne pour but de permettre, pour le promoteur, un regard critique sur l'action mise en place, de porter un jugement personnel, d'en comprendre les freins et les facteurs limitant, et enfin il a pour objectif d'améliorer certains aspects si une action sur une même thématique était à remettre en place.

Les enseignements qui sont à en tirer font référence à la nécessité de bien anticiper le problème des per diem pour éviter des réticences au début de l'action. C'est le cas du groupe projet dont la première réunion a été pratiquement consacrée à des explications et des motivations des uns et des autres pour stimuler l'adhésion entière au projet.

De même, il est important d'assurer en amont une bonne communication et diffusion des documents - stratégie existant dans le pays en matière de réadaptation. Seuls 33% des participants aux réunions de mobilisation avaient connaissance du plan national de réadaptation Togo et il a fallu mobiliser les énergies pour vulgariser ce plan auprès des participants, ce qui ne faisait pas partie des stratégies de départ.

Enfin, il faut une réflexion sur les personnes handicapées qui n'ont aucun contact avec le système de santé. Nous avons mobilisé les acteurs qui connaissent l'existence et utilisent les soins de réadaptation, mais comme il est mentionné plus haut, il y a une bonne partie des personnes handicapées qui sont aux feux rouges de la capitale et des principales villes du pays et qui font de la mendicité. Quelles mesures pour cette catégorie de population dans le plan ? Même si les recommandations prévoient des actions à leur endroit, qui nous dit que ce sont celles dont ils ont besoin. Il serait bon que dans d'autres pays, pour la mise en place de la monographie, une stratégie spécifique soit définie pour impliquer cette catégorie.

4 Discussion

Cette partie se donne pour objectif de porter un regard critique sur l'organisation générale des activités qui ont conduit à la mise en place de la monographie et sur les recommandations qu'elle contient. Elle porte un regard critique sur le fonctionnement du projet. Elle tente d'analyser les freins qui ont pu être rencontrés, se pose plusieurs questions relatives à la définition des groupes cibles et activités menées, tente de poser des perspectives.

Enfin, il s'agit de réaliser un bilan personnel des compétences et capacités acquises. La discussion est bâtie autour de 4 parties :

- La réadaptation au Togo
- La discussion des résultats
- La discussion des méthodes
- Les perspectives

4.1 La réadaptation au Togo

4.1.1 Les éléments facilitateurs à l'accès aux soins de réadaptation

La disponibilité des services, les tournées itinérantes et la solidarité familiale sont les trois premiers éléments facilitateurs à l'accès aux soins de réadaptation d'après l'enquête Togo. Ces trois éléments rentrent dans la classification des trois groupes de facteurs déterminants à l'utilisation des services définis par le guide méthodologique des services techniques de Handicap International en décembre 2010.

4.1.1.1 L'organisation du système

L'organisation pyramidale du système de réadaptation tel que présenté plus haut permet l'existence effective de services de réadaptation au niveau national, régional et périphérique.

Dans certains villages où pratiquent les agents RBC, un premier contact avec les soins de réadaptation a été créé. Mais c'est dans une franche minorité de villages. Des efforts doivent être faits dans cette direction puisque 63% de la population togolaise vit en milieu rural.

L'information est diffusée dans les services disponibles : plusieurs émissions télé comme radio s'intéressent à la question du handicap. S'il est vrai qu'à Lomé, la directrice du CNAO et en même temps chef programme PITR, fait beaucoup d'émissions pour communiquer sur les services existants dans son centre et dans d'autres villes de l'intérieur, il n'en demeure pas moins vrai que dans d'autres villes du Togo, c'est également le cas. L'exemple de Dapaong est très parlant. L'animateur d'une radio locale sur les thèmes de santé est kinésithérapeute et ses émissions s'intéressent le plus souvent à la réadaptation. Lors de notre visite sur le terrain, un parent de patient au CRAO de Dapaong en soin d'orthophonie nous a affirmé avoir appris l'existence de ce service grâce à une émission radio que le

Centre venait de faire pour communiquer sur les services disponibles en son sein et diffuser l'information de la présence de l'orthophoniste.

Dans tous les centres publics du Togo, le personnel est formé et diplômé. Nul ne peut travailler en réadaptation s'il n'a pas eu le diplôme lui permettant d'exercer cette fonction. Cette qualification crée une motivation et un savoir-faire qui peut et doit contribuer à augmenter l'utilisation des services.

Des procédures souples d'accès aux services existent : tout individu qui se présente dans n'importe quel centre d'appareillage et de rééducation fonctionnel au Togo repart avec au minimum un rendez-vous ou dans certains cas est immédiatement pris en charge. La présence de l'assistante sociale dans la plupart des équipes de consultation facilite les procédures de financement et le démarrage des soins.

4.1.1.2 Organisation Interne des services

- Le fonctionnement interne des services peut faciliter et encourager l'utilisation des services. C'est le cas dans la plupart des centres du Togo où il existe un service d'accueil premier contact avec le centre. C'est lui qui oriente vers les personnes susceptibles de répondre aux besoins. Ce sont des personnes chaleureuses, avec une grande capacité d'écoute, à l'instar de feu Lucie au CNAO de Lomé. Au CRAO de Dapaong, c'est la direction qui a recruté une personne sur fonds propres chargée d'effectuer ce travail.

- L'existence de moyens adéquats facilite également : le cadre du service comme le CNAO de Lomé, réputé l'un des plus propres de toute l'Afrique, l'existence de sanitaires adaptés et respectueux de la dignité des personnes handicapées et de leur accompagnateurs, l'existence de rampes pour faciliter l'accessibilité physique.

- La flexibilité dans les règlements encourage aussi l'utilisation des services.

Au Togo il existe une liste des prix des prestations des soins de réadaptation, mais très souvent les responsables des centres, par l'intermédiaire de leurs services sociaux, sont très conciliants et font beaucoup du cas par cas. Ils aident les patients qui n'ont pas la possibilité de régler une partie du prix et même permettent de payer en plusieurs fois.

- La disponibilité de traitements précoces facilite l'utilisation des services à l'instar du programme du pied-bot au Togo

4.1.1.3 L'organisation externe

L'attitude des usagers par rapport aux prestataires influence beaucoup l'utilisation ou la non utilisation des services. Au Togo la FETAPH présente sur toute l'étendue du territoire a un rôle très important dans l'utilisation des services et dans la recherche des services de qualité comme le fait APHMOTO à Dapaong.

La disponibilité des services sans discrimination favorise ou non l'utilisation des services : les personnes handicapées, quels que soient leur sexe et leur origine ethnique, les enfants, les personnes pauvres ont, en théorie accès aux centres au Togo au même titre que les autres personnes. Ce sont les conditions financières qui peuvent créer des difficultés et limiter cet accès pour les personnes vulnérables.

4.1.2 Les obstacles à l'accès aux soins de réadaptation au TOGO

« Pauvreté de la majorité de la population à se payer les soins, manque d'information sur la prise en charge de la maladie, manque de structures d'hébergement dans les services de réadaptation »

Voici les 3 points retenus par l'enquête Togo pour les premiers obstacles aux soins de réadaptation au Togo.

Ici encore les 3 éléments rentrent dans la classification des facteurs déterminants.

- La pauvreté fait référence à l'accessibilité financière des services. En effet, au Togo, l'appareillage est entièrement financé par les patients et par la solidarité familiale. Il y a un système de prise en charge pour les agents de l'Etat qui est en cours de mise en place. Les personnes vulnérables, dont la plupart sont des paysans, ne sont pas intégrées dans ce projet.

- Le manque d'information : l'existence d'une l'information diffusée largement sur les services disponibles fait défaut dans certaines parties du Togo, surtout dans les villages. Or 63% de la population vit en milieu rural. Une des pistes pour accroître cette offre peut être la possibilité d'équiper tout village d'un agent RBC.

- Le manque d'information sur l'existence des services fait référence aux moyens de communication utilisés. Tous les ménages ne disposent pas des moyens modernes de la communication qui sont utilisé pour diffuser l'information actuellement. Les pistes pour résoudre ce problème sont disponibles dans les recommandations.

4.2 Les problèmes du secteur de réadaptation

4.2.1 Une insertion sociale encore insuffisante

Cette situation se traduit par des difficultés réelles d'accès à l'emploi et aux logements, par un pourcentage élevé de personnes handicapées célibataires, des difficultés de communication et de développement de rapports sociaux normaux avec les autres, des attitudes encore présentes de méfiance, de rejet, de gêne, de culpabilité ou de honte, incompatibles avec l'épanouissement de la personnalité ; ce qui indique que la communauté est insuffisamment informée du handicap, des droits de la personne handicapée et des difficultés de vivre avec les personnes handicapées.

Une faible promotion de l'autonomie sociale à travers l'éducation, la formation et l'insertion professionnelle

Ce phénomène est repérable à travers :

- l'offre très insuffisante en emplois modernes et en formation professionnelle,

- l'absence d'un environnement de promotion des crédits et des emplois rémunérateurs pour personnes handicapées,
- l'absence de politique d'insertion dans les emplois modernes des entreprises et des administrations etc...

L'analphabétisme qui frappe beaucoup plus les personnes handicapées les expose à exercer souvent dans des secteurs peu rémunérateurs (petit commerce, couture, artisanat...) Tout ce qui précède indique que le principe de l'égalité des chances est loin d'être appliqué.



(Photo Handicap International)

4.2.2 Une organisation administrative complexe à l'ENAM

Cela se traduit par le nombre très élevé de ministères dont dépendent l'ENAM. Entre 3 et 5 ministères sont responsables de l'ENAM. Cela engendre une lourdeur administrative, qui rend complexes certaines démarches très simples dans certaines écoles, comme l'établissement du diplôme pour les étudiants à la fin de leur formation.

Une dynamique très limitée des formateurs dans certains départements. Cette situation se traduit pas les retards cruels dans la réponse à certaines sollicitations des organisations internationales tel que la FATO, ISPO, le manque de projets concrets écrits par des moniteurs, la morosité ou même l'inexistence du site de l'ENAM, la non visibilité de l'ENAM.

4.2.3 Une collecte de données et des outils de veille très insuffisants

Lors de nos recherches, nous avons interrogé le responsable de la DISSERT sur le manque de données relatives à la réadaptation dans les publications des indicateurs sanitaires Togo. Sa réponse a été très catégorique. Il est confronté soit à l'inexistence de données ou alors à une production médiocre des tableaux qui lui parviennent, de telle manière qu'il lui est impossible de les intégrer dans son travail.

Suite à ce constat, la chef du PITS a organisé, en 2011, un séminaire-atelier regroupant tous les responsables de services de réadaptation du Togo. Le séminaire a été animé par le responsable de la DISSERT, sur la mise en place des outils de veille et sur la collecte des données. Le constat est aujourd'hui mitigé : d'un côté il existe des services qui utilisent bien ces outils et de l'autre côté, des services qui ne l'utilisent pas du tout ou qui l'utilisent très mal.

4.2.4 La pauvreté et l'exclusion sociale

Elle qui frappent les personnes handicapées autant que les autres groupes sociaux vulnérables (femmes et enfants), à travers :

- les faibles revenus tirés de leurs activités,
- l'accès limité aux emplois bien rémunérés,
- la faible représentativité dans les instances de décision,
- la faible autonomie sociale,
- le développement d'une culture d'assisté
- et les pratiques infériorisantes, telles que la mendicité, les attitudes misérabilistes des autres.

C'est à juste titre que le ministère de l'action sociale dans sa stratégie de réduction de pauvreté a intégré la FETAPH dans la rédaction de la DSRP-C et accorde une place primordiale à la personne handicapée.

4.2.5 Les coûts élevés des appareillages produits localement ou importés

Les coûts des appareils varient de 15 000 F à plus de 270 000 F CFA pour les produits fabriqués localement. Ils peuvent aller, pour les produits importés, à plusieurs millions pour des prothèses nécessitant des technologies sophistiquées. Même la simple béquille en acier, de fabrication locale, est difficilement accessible aux familles démunies. Il n'est donc pas surprenant de croiser des handicapés moteurs rampant à même le sol pour se mouvoir. Les coûts deviennent prohibitifs pour le tricycle ou les prothèses. Les patients sont contraints

de reporter les dates de renouvellement et utilisant des appareils peu fonctionnels à cause de l'usure entraînant ainsi l'aggravation de leur état physique et psychique

4.3 Discussion des résultats

Au Togo, le handicap en général et la réadaptation en particulier restent des thèmes très peu abordés. L'implication des acteurs de réadaptation pour promouvoir aujourd'hui les politiques publiques saines dans le domaine de la réadaptation au Togo, mettre en place et encourager des politiques pérennes et des stratégies de promotion de santé en vue d'améliorer la qualité des soins de réadaptation, et d'accroître l'utilisation des services est indispensable. C'est un long chemin initié par la FATO et qui passe par la monographie Togo. En effet la monographie contient des recommandations qui doivent servir dans la suite du projet au renforcement concret du plan Togo. La question qui se pose est : la monographie en elle-même et les questions auxquelles elle tente de répondre représente-t-elle pour les principaux bénéficiaires un problème de santé prioritaire ?

La réponse est très mitigée, nous avons déployé beaucoup d'énergie pour expliquer, pour faire adhérer l'ensemble des acteurs à l'idée de la mise en place de la monographie.

La monographie est un document avec une structure forte et facile à lire.

Discussion des résultats au niveau local : Qu'est-ce que la monographie apporte à la réadaptation au Togo ?

La monographie est un document de plaidoyer. C'est une présentation de l'état des lieux de la réadaptation qui présente l'offre de soins de réadaptation, mais aussi les besoins en matière de réadaptation et qui finit sur la présentations des recommandations selon les différents acteurs et surtout suivant les problèmes clés qui méritent d'être résolus.

Justement c'est là nous semble-t-il l'intérêt de ce document parce qu'il pointe du doigt ce qui ne va pas et ce qui mérite d'être renforcé dans le domaine de la réadaptation au Togo.

En résumé, il montre les points clés qui doivent être renforcés dans le plan national de réadaptation au Togo. La monographie Togo représente donc une étape et ne sera totalement utile que si l'étape suivante du projet se sert d'elle pour aller plus loin c'est-à-dire utilise les recommandations émises dans cette monographie pour renforcer concrètement le plan national de réadaptation Togo.

Discussion des résultats au niveau général : Qu'est-ce que la monographie Togo apporte au projet sur le niveau général

L'objectif du projet en choisissant un pays pilote est de se servir de l'exemple de ce pays pour alimenter le niveau supérieur. Aujourd'hui la monographie Togo, même si elle est en cours de validation par le comité de pilotage, nous permet de poser une question qui nous semble incontournable : la monographie Togo peut-elle servir à alimenter le niveau général du projet ? La réponse, nous semble-t-il, est sans équivoque positive.

Oui, parce c'est un document qui est produit à partir d'un plan simple à comprendre et d'une méthodologie claire qui est facilement adaptable suivant l'environnement et le contexte de chaque pays. Enfin, la monographie Togo est une structure forte basée sur la triade usagers, prestataires et décideurs. Cette triade se retrouve dans tous les pays. En ce qui concerne donc les mobilisations pour créer une dynamique conduisant à la production dans n'importe quel pays-membre de la FATO, la monographie Togo décrit clairement une démarche qui pourra être exploitée. En conclusion de cette partie nous dirons que la démarche, la méthodologie qui a conduit à la production de la monographie Togo ainsi que

la monographie elle-même peuvent être utilisées dans les 35 pays membres de la FATO. Mais il faut une expertise, une expérience, un savoir-faire pour accompagner et adapter suivant le contexte de chaque pays.

Mais à quoi sert un document de plaidoyer si les acteurs ne sont pas formés à faire du plaidoyer ? Les recommandations recueillies sont-elles suffisamment visibles en étant intégrées dans la monographie ? Est-il mieux de présenter plutôt deux documents, une première partie qui serait un état des lieux de la réadaptation au Togo et une seconde partie beaucoup plus pratique qui serait les recommandations ? Cette dernière serait plus facile à diffuser et plus rapide à lire puisqu'elle compte moins de 10 pages.

Tout compte fait, ces questions ont le mérite d'être posées et la suite du projet doit en tenir compte. Comment en faire usage ? C'est l'important. Maintenant que la monographie est produite, il faut aller plus loin et mettre en place une stratégie efficace pour l'utiliser en vue de redynamiser le secteur de la réadaptation aussi bien au niveau micro- c'est-à-dire au Togo- mais aussi pour jouer son rôle de modèle et servir d'exemple aux autres pays africains membre de la FATO.

4.4 Discussion de la méthode

4.4.1 Discussion sur la méthode de participation de la population concernée

La méthode utilisée dans ce projet se fonde sur l'implication des acteurs clés, c'est-à-dire des leaders. Le projet lui-même est né suite à un Congrès où n'étaient présentes que des délégations. Dès le début du projet au niveau local, il y a eu des difficultés pour expliquer et faire accepter le projet. Ces difficultés sont en lien avec la naissance du projet. L'enquête FATO a été décidée par le bureau de la FATO et le comité scientifique du 6ème Congrès. L'exploitation de cette enquête lors du Congrès à Aruscha a abouti aux recommandations des groupes de travail. Le projet "Suivie et guidance à l'élaboration des plans nationaux de réadaptation dans les pays membres de la FATO" est une mise en pratique concrète des recommandations d'Aruscha. Tel que présenté, nous comprenons que, même s'il y avait une délégation de 7 togolais au Congrès d'Aruscha, cela reste vraiment peu pour parler d'une vraie implication de la population concernée dans la conception du projet. A ce fait s'ajoute un autre problème qui est le manque de retour, de compte rendu de la délégation togolaise, surtout par le président de l'ASTOPH, représentant de la FATO au Togo. Ce qui fait que la thématique de monographie et de renforcement de plan national a été pour la base, les partenaires, quelque chose de nouveau qui ne faisait partie de leur plan d'action. Cette situation pose un vrai problème de la participation des populations concernées par le projet. La participation telle qu'elle a été conduite dans ce projet est loin d'être une démarche participative. Elle ne l'est pas du tout puisque en plus de la genèse du projet comme nous venons de le rappeler, la méthode s'est basée sur l'implication des leaders, des délégations, du choix des membres des bureaux ou des délégués désignés pour assister aux mobilisations. Ils ont été informés de l'arrivée du projet. Les membres des délégations

togolaises au Congrès n'étaient pas représentatifs de l'ensemble des acteurs clé. Ce qui fait que la population bénéficiaire n'a pas été très impliquée dans le choix du projet ni dans le choix des priorités du projet. La population a été informée au moment de commencer le projet. Si nous nous référons à l'échelle de Hance et al nous nous situons entre l'échelon 2 et 3 ce qui veut dire entre la participation alibi et la participation approbation comme le définit le modèle de Bernard Pissaro. Même sur l'échelle de Rfkin nous pouvons dire que la participation dans ce projet se situe au niveau 2 car la population concernée participe aux activités mises en place par le groupe projet. Ce n'est pas la population bénéficiaire qui a déterminé les activités. Il est vraiment important de poser la question de la participation. Il ne faut pas oublier que la participation de la population concernée accroît les chances de réussite du projet. Ce manque se rattrape par l'implication au niveau de la conduite. Un vrai avantage en terme de participation dans ce projet est la participation de la population à l'évaluation des actions du projet. Pourtant là encore ce ne sont que des délégations. Mais c'est un début de l'implication active de la population. En effet, la population est associée par l'intermédiaire de ses représentants. On aurait pu aller plus loin, faire en sorte que la population soit impliquée dans l'ensemble de la démarche, depuis l'analyse de la situation et le choix des actions à mettre en œuvre jusqu'à l'évaluation finale, voire la participation - gestion, ce qui serait l'idéal. Cette situation ferait de la participation une participation active. Mais le fait de soulever la question de la participation dans le projet attire l'attention des décideurs et des promoteurs pour justement améliorer, dans la phase suite du projet, le niveau de participation de la population.

4.4.2 Discussion sur la méthode de mobilisation

Il s'avère indispensable de se poser la question sur la façon de conduire les réunions : était-il possible de mieux appréhender les attentes des acteurs ? Ont-elles pu être réellement diagnostiquées ? Le temps était-il suffisant pour mobiliser, recueillir et mettre en place la monographie ? Nous pensons que les modes d'animation par réunion, sketch, brainstorming, entretien sont des outils adaptés au contexte, que le temps - 4 mois au Togo- suffisaient pour cette première partie du projet. Le problème qui est à résoudre d'une manière définitive par l'ensemble des décideurs est celui des per diem. C'est important de définir un cadre réglementaire et de s'y tenir. Au-delà de la FATO et de Handicap International, c'est une question qui mérite d'être abordée par l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux.

4.4.3 Discussion par rapport au stage.

Nous avons eu un stage dans un cadre réglementaire. La FATO et Handicap International ont pourvu la prime réglementaire de notre stage. Ils ont mis les moyens financiers et matériels à notre disposition pour les activités de stage et pour tous les déplacements qui s'imposaient dans le cadre du stage. Tout a été très bien organisé entre les ressources humaines des deux organismes pour nous permettre d'effectuer un bon stage. Le stage a été délocalisé pour une partie à Lomé au siège de Handicap International programme Togo. Cette délocalisation est un avantage incontournable pour être impliqué

dans le contexte togolais dans le but de produire la monographie Togo. Mais elle a aussi des conséquences sur l'encadrement.

- Notre maître de stage avec qui nous avons commencé le stage et qui est membre du comité de pilotage est à Lyon et a choisi une autre personne par délégation sur place à Lomé. Celle-ci ne connaissait pas le projet à sa conception et a eu un briefing par téléphone. Elle a su nous encadrer en nous laissant prendre des initiatives. Elle était là pour des conseils de méthodologies. Elle était présente à certaines réunions et son soutien a été beaucoup précieux pour nous. Nous avons bénéficié d'une réelle volonté d'encadrement de nos deux maîtres de stage, nous avons eu leurs conseils par rapport aux activités du stage. Nous avons apprécié leur style d'accompagnement par questionnement, nous poussant ainsi à rechercher nous-mêmes les solutions. Le président de la FATO ainsi que la chef de service de réadaptation à Handicap International ont constamment répondu à toutes nos questions, ce qui nous a permis de sortir de ce stage en ayant plus de compétences que nous n'en avions en rentrant.

Les difficultés rencontrées ont été d'ordre technique, des problèmes de connexion internet qui ne dépendaient pas du programme Togo de handicap.

4.4.4 Apport personnel : Bilan

Au cours de ces 4 mois de mission, d'autres opportunités de travail nous ont été confiées en dehors de la mission principale.

Toutes ces missions ont contribué à renforcer de nombreuses compétences. Une nouvelle conviction apparue à l'issue de ces tâches concerne la polyvalence des savoirs dans le domaine de la santé publique.

➤ De l'importance des périodes pratiques

La formation reçue en BTS, en Licence, puis en Master Intervention en Promotion de la Santé a permis, depuis plusieurs années, l'acquisition de nombreux savoirs théoriques, qui n'attendent qu'à être mis en pratique.

Ces savoirs théoriques doivent être intégrés dans des disciplines et doivent également permettre d'orienter nos actions, de faciliter la représentation des actions à mener dans un cadre professionnel. Mais ils ne s'épanouissent concrètement que dans l'expérimentation. Cela semble être ce que tout le monde pense mais pour nous, c'est d'autant plus important que cela nous permet d'expliquer toute notre démarche et de transcrire tout le plaisir pris dans la conduite de ce projet et l'implication dans la conduite de la mission.

Plus qu'un simple stage, c'est un véritable projet professionnel, depuis la réflexion jusqu'à l'évaluation de l'action qui a été élaboré.

La conduite de la mission au Togo se fit en plusieurs étapes, de l'analyse de la situation et la fixation des objectifs jusqu'à l'évaluation et la communication au retour de la mission. Le défi fixé était de ne pas décevoir, quitte à prendre de nombreuses initiatives sans être certain de leur bien fondé. Et surtout d'être à la hauteur face à tous les apports fournis par Handicap International, la FATO et les partenaires au Togo.

L'intégration, dans une équipe de travail à Handicap International, d'un jeune togolais dynamique et très ambitieux a été incontestablement une chance formidable et mesurée depuis le début.

Faire de la promotion de la santé par la mise en place et le renforcement des politiques publiques saines exige des compétences de diplomatie, de négociation, cela exige de la flexibilité et de l'adaptation. Je connaissais la réadaptation en tant que soignant mais pas en manager d'une équipe pour la mise en œuvre du renforcement d'une politique. Comme le dit un proverbe Togolais, c'est en forgeant qu'on devient forgeron. Etre capable de mettre en place des programmes pour prévenir le handicap tout en continuant à le soigner, cela s'apprend et ce stage a été pour nous une opportunité formidable d'apprentissage.

4.5 Perspectives

Le Projet a une ambition de renforcer et /ou mettre en place des plans dans 29 pays d'Afrique. La question qui mérite ici d'être posée concerne l'effet ou les retombées de l'action au Togo sur cette ambition macro. La mobilisation togolaise avec la production de la monographie peut-elle avoir une répercussion sur le plan macro ? Si oui, laquelle ?

La balle est dans le camp de la FATO



(Photo handicap international)

C'est ici qu'il faut que le comité de pilotage sache prendre la relève de notre action. Aujourd'hui, il existe une volonté des acteurs clé au Togo puisque plus de 80% d'entre eux se disent prêts à participer au renforcement concret du plan s'ils sont sollicités. Le groupe projet est mobilisé et est prêt à travailler concrètement sur la mise en pratique des recommandations à travers le renforcement du plan. Mais il faut l'accompagner. Il faut lui fournir une méthodologie, lui donner des moyens. Sur le plan africain, le modèle togolais peut servir : le plan de la monographie Togo peut être adapté dans les autres pays. Le recueil d'informations, l'identification des acteurs clé sont autant de stratégies qui peuvent être exploitées dans d'autre pays. Mais là encore, il faut une diffusion. Il revient donc au Comité de Pilotage de diffuser cette structure, de mettre une personne à disposition pour accompagner et la mise en place des monographies dans ces pays et le renforcement des plans, afin que le 7ème Congrès de la FATO soit une vitrine pour ces plans mais surtout représente un moment de partage d'expérience et de savoir-faire en matière de pérennité et de qualité des soins de réadaptation.

Le pays pilote, le Togo, va, dans la suite du projet, alimenter le niveau général, mais le niveau général doit aussi faire un retour au niveau local, c'est-à-dire au Togo. En appliquant dans d'autres pays la méthodologie togolaise et la structure forte produite, ainsi que la façon dont le Togo a conduit ses mobilisations, des pistes d'améliorations apparaîtront sûrement. Ainsi, toutes ces expériences méritent d'être mutualisées et partagées. C'est une des raisons idéales du 7ème Congrès de la FATO en 2013 en Côte d'Ivoire où les pays membres de la FATO pourront partager leurs expériences.

Conclusion

La monographie Togo est un fruit d'une démarche rigoureuse de promotion de santé. Comme l'indique la charte de l'OTTAWA, mettre en place les politiques publiques saines est une stratégie de promotion de santé. C'est bien ce que la FATO fait avec l'appui de ses partenaires dans le domaine de la réadaptation et du handicap en Afrique.

En effet le projet "Suivi et guidance vise à renforcer et ou à mettre en place des plans nationaux de réadaptation dans les pays membres de la FATO". Le comité de pilotage a adopté une double stratégie pour conduire les activités de ce projet. Un niveau local dont les actions viennent alimenter le niveau général. Ce fut une expérience formidable de participer à la conduite des activités au niveau local et de voir entre nos mains à la fin la monographie Togo.

Cette monographie ne suffit pas à elle seule à atteindre les objectifs du projet ni sur le plan sur le plan local ni sur le plan général. Cependant elle y contribue fortement. Elle pointe du doigt les problèmes cruciaux du secteur aujourd'hui. Elle contient des recommandations qui proviennent des usagers, des prestataires ainsi que des décideurs pour renforcer le plan Togo. Les acteurs sont mobilisés et sont prêt à travailler sur le renforcement concret du plan. C'est pourquoi la seconde étape du projet est aussi très importante. Il faut maintenant travailler au renforcement concret du plan Togo, accompagner, soutenir le groupe projet pour, d'ici décembre 2012 réussir à renforcer le plan Togo.

Aussi l'expérience du Togo, représente une opportunité, pour les 34 autres pays membres de la FATO, de s'en servir, de s'en inspirer en vue de produire leur monographie et renforcer et ou mettre en place leur plan avant le 7ème Congrès de la FATO de septembre 2013 en Côte d'Ivoire.

Améliorer la qualité des soins et mettre en place des politiques pérennes en renforçant les plans nationaux dans les pays ils existent et en les mettent en place dans les pays où ce n'est pas encore fait, la FATO introduit une démarche nouvelle et salubre dans le secteur de la réadaptation en Afrique. Il s'agit d'améliorer les soins mais aussi d'agir sur la prévention. C'est le vœu que nous formons et c'est ce vœu qui nous a poussé en tant que professionnel de la réadaptation en Afrique à entreprendre cette démarche de travailler sur la santé publique : avoir les outils et les capacités de faire de la prévention tout en continuant les soins. C'est peut-être moins flagrant dans le contexte occidental mais au Togo c'est une démarche tout à fait nouvelle chez les professionnels de la réadaptation. Il est temps de partager avec nos compatriotes les expériences et les connaissances acquises à l'Ecole de Santé Publique depuis la licence jusqu'à ce Master cette année. Mais avant tout, nous continuons l'apprentissage et ce document a été pour nous un moyen formidable d'avancer sur cette longue route de la formation à la bonne pratique des soins et de la prévention.

Table des matières

Introduction.....	3
1 Contexte	6
1.1 Présentation de Handicap International	7
1.2 Présentation de la FATO	8
1.3 Présentation du projet.....	8
1.3.1 Présentation du projet au niveau général	9
1.3.1.1 Objectif Général	10
1.3.1.2 Objectifs spécifiques	10
1.3.1.3 Les échéances du projet	10
1.3.1.4 Le financement	10
1.3.2 Présentation du projet au niveau local	11
1.3.2.1 Objectif général.....	11
1.3.2.2 Objectif spécifique	11
1.3.2.3 Justification du choix du Togo	12
1.3.2.4 Présentation du contexte togolais.....	12
2 Méthode.....	15
2.1 Préparation de la mission au Togo	16
2.2 Recherche documentaire	16
2.2.1 Déroulement de la recherche documentaire.....	17
2.2.1.1 Recherche des informations	17
2.2.1.2 Préparation et consultation	17
2.2.2 Documents consultés	18
2.3 Mise en place des instances du projet.	18
2.3.1 Le comité de pilotage :	18
2.3.1.1 Mission du comité de pilotage.....	18
2.3.1.2 La composition	19
2.3.1.3 Fonctionnement.....	19
2.3.2 Groupe projet.....	20
2.3.2.1 Mission	20
2.3.2.2 Composition	20
2.3.2.3 Fonctionnement.....	21
2.4 Les Outils du projet.....	22

2.4.1	Outils de Planification : Diagramme de Gantt	22
2.4.1.1	Justification du choix.....	22
2.4.1.2	Technique.....	22
2.4.1.3	Fonctionnement.....	23
2.4.2	Outil de suivi de projet : Fiche de liaison	23
2.4.2.1	Justification de choix.....	23
2.4.2.2	Technique.....	23
2.4.2.3	Fonctionnement.....	24
2.4.3	Outils de mobilisation : QQQQCP ?	24
2.4.3.1	Justification du choix de l'outil	24
2.4.3.2	Technique.....	24
2.4.3.3	Fonctionnement.....	25
2.5	Méthode de mobilisation des partenaires	25
2.5.1	Choix des partenaires.....	25
2.5.1.1	Justificatif du choix.....	26
2.5.1.2	Présentation des partenaires choisis.....	26
2.5.2	Technique de mobilisations	28
2.5.2.1	Du rire pour mobiliser : Le sketch.....	28
2.5.2.2	Une tempête d'idée pour mobiliser : Le brainstorming.....	29
2.5.2.3	Du classique pour s'adapter : animation de réunion classique.....	30
2.6	Recueil d'informations.....	31
2.6.1	Entretien face à face.....	31
2.6.1.1	Justificatif du choix.....	31
2.6.2	Technique	32
2.6.3	Déroulement	33
2.6.3.1	Les contraintes	33
2.6.3.2	Tester le canevas :.....	34
2.6.3.3	L'entretien proprement dit :	34
2.6.3.4	Ressources mobilisées	36
2.6.4	Observation sur le terrain.	36
2.6.4.1	Justification	36
2.6.4.2	Technique et conduite	36
2.7	Evaluation de la mise en place du projet.....	37
2.7.1	Population cible.....	38
2.7.2	Elaboration du questionnaire.....	38

3	Résultats	39
3.1	Résultats des instances du projet.....	40
3.1.1	Comité de pilotage	40
3.1.2	Groupe projet :.....	40
3.2	Résultats de la mobilisation.....	41
3.2.1	Participation	41
3.2.1.1	Que s'est-il passé dans les groupes de mobilisation ?.....	42
3.2.1.2	Comment ont fonctionné les groupes mobilisés ?	42
3.2.2	Synthèse des résultats de la mobilisation.....	42
3.3	Résultat de la recherche documentaire :	43
3.3.1	Le contexte	43
3.3.1.1	Le système sanitaire.....	43
3.3.1.2	Organisation du système de santé	43
3.3.1.3	Système de réadaptation au Togo	44
3.3.2	Historique du plan	47
3.3.3	Politiques et législations existantes dans la réadaptation au Togo	48
3.4	Résultats de recueil d'informations.....	49
3.4.1	Résultats des entretiens face à face.....	49
3.4.1.1	Intérêt de l'appareillage vu par les usagers.....	49
3.4.1.2	Qui paye les appareils ?	50
3.4.1.3	Les freins	50
3.4.1.4	Autres renseignements.....	51
3.4.2	Résultats de l'observation	51
3.4.2.1	Accessibilité.....	51
3.4.2.2	Accueil des patients	53
3.4.2.3	Les indications de services.....	53
3.4.2.4	La Fréquentation.....	53
3.4.2.5	Manque de personnel qualifié.....	53
3.4.2.6	Manque d'équipement	54
3.5	Production Monographie Togo	54
3.5.1	Présentation de la monographie.....	54
3.6	Résultats de l'évaluation	55
3.6.1	Evaluation des processus	55
3.6.1.1	Pilotage du groupe projet et préparation.....	55
3.6.1.2	Résultat de l'enquête d'évaluation.....	56

3.6.2	Aspects organisationnels.....	56
3.6.3	Evaluation des résultats	57
3.6.4	Exploitation et discussion.....	
3.6.5	Principaux renseignements de l'évaluation	
4	Discussion.....	
4.1	La réadaptation au Togo.....	60
4.1.1	Les éléments facilitateurs à l'accès aux soins de réadaptation	60
4.1.1.1	L'organisation du système	60
4.1.1.2	Organisation Interne des services.....	61
4.1.1.3	L'organisation externe	61
4.1.2	Les obstacles à l'accès aux soins de réadaptation au TOGO.....	62
4.2	Les problèmes du secteur de réadaptation.....	62
4.2.1	Une insertion sociale encore insuffisante.....	62
4.2.2	Une organisation administrative complexe à l'ENAM	63
4.2.3	Une collecte de données et des outils de veille très insuffisants	64
4.2.4	La pauvreté et l'exclusion sociale.....	64
4.2.5	Les coûts élevés des appareillages produits localement ou importés.....	64
4.3	Discussion des résultats.....	65
4.4	Discussion de la méthode.....	66
4.4.1	Discussion sur la méthode de participation de la population concernée	66
4.4.2	Discussion sur la méthode de mobilisation	67
4.4.3	Discussion par rapport au stage.....	67
4.4.4	Apport personnel : Bilan	68
4.5	Perspectives.....	69
	Conclusion	71
	Glossaire	
	Bibliographie	
	Annexes	



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. Guide de la réadaptation à base communautaire : module introduction. Editions de l'OMS ; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548051_introduction_fre.pdf consulté le 10 décembre 2011).
- [2] World health organization, world bank. World report on disability ; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf consulté le 5 janvier 2012)
- [3] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) ; 2001
- [4] World health organization. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1(http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf consulté le 20 décembre 2011)
- [5] Handicap international convention relative aux droits des personnes handicapées (http://www.handicap-international.fr/kit-pedagogique/documents/textesinternationaux/contrainants/textesspecifiques/CIDPH/CIDPH_fr.pdf consulté en janvier 2012)
- [6] E. W. BurgerdsG. Gurvitch, La Sociologie au XXe siècle, I, 19, ds Foulq.Sc. soc. 1978
- [7] Ministère auprès de la Présidence de la République du Togo chargé de la planification, du développement et de l'aménagement. Recensement général de la population et de l'habitat, 2011 (http://www.stat-togo.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=56&gid=58&orderby=dmdate_published&ascdesc=DESC consulté le 6 mars 2012)
- [8] Ministère auprès de la Présidence de la République du Togo chargé de la planification, du développement et de l'aménagement. Le rapport de l'enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS 4) ; 2012 (<http://www.stat-togo.org> consulté le 20 février 2012)
- [9] Diana CHIRIACESCU, Maryvonne de Bacher, Rozenn BOTOKRO. L'accès aux services pour les personnes handicapées. Service technique Handicap International ; 2010.
- [10] Programme des Nations Unies pour le développement. Indice du développement humain et ses composants; 2011(http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_FR_Table1.pdf consulté le 10 mars 2012)
- [11] Fonds Monétaire International. Togo : Document complet de réduction de la pauvreté 2009-2011 ; 2010 (<http://www.imf.org/external/french/pubs/ft/scr/2010/cr1033f.pdf> consulté le 13 janvier 2012)
- [12] Ministère de la Santé. Plan National du Développement Sanitaire 2009-2013.2009.