



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2022-2023

L'ergothérapie et l'approche de réadaptation communautaire en Afrique de l'Ouest pour les personnes en situation de handicap freinées dans l'accès aux soins.

Soutenu par : Lucie CURÉ

11907129

Tuteur de mémoire : Sabine LIONNARD-RETY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences
ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences
GIESELER Kathrin

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire
Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy



Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail d'initiation à la démarche de recherche.

J'exprime ma gratitude envers ma tutrice de mémoire, Sabine LIONNARD-RETY, pour sa précieuse orientation et ses conseils éclairés tout au long de cette recherche.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lyon qui m'a accompagnée durant ces trois années.

J'exprime ma reconnaissance envers les professionnels qui ont généreusement accepté de participer à mes entretiens et qui ont ainsi rendu possible la réalisation de ce mémoire.

J'adresse mes remerciements à mes proches, incluant ma famille et mes amis, pour leur soutien constant aussi bien durant les périodes difficiles que lors des moments de célébration.

Je remercie également mes camarades ainsi que Chloé, Louise et Emilie pour leur aide et leur bonne humeur tout au long de ces trois années.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
PREAMBULE.....	5
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	2
I. L'ERGOTHERAPIE, L'OCCUPATION ET LA SITUATION DE HANDICAP EN AFRIQUE DE L'OUEST.....	2
(a) <i>L'ergothérapie et les sciences de l'occupation.....</i>	2
(b) <i>Le modèle ergothérapique : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....</i>	2
(c) <i>Les droits occupationnels.....</i>	3
(d) <i>La notion de « handicap » en Afrique de l'Ouest et les représentations sociales.....</i>	5
i. Exemple du Bénin.....	6
ii. Exemple au Sénégal.....	6
iii. Exemple au Mali.....	6
II. LES FACTEURS ENTRAINANT LA DIFFICULTE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DE L'AFRIQUE DE L'OUEST.....	7
(a) <i>L'accès aux soins en santé en Afrique de l'Ouest.....</i>	7
(b) <i>Les déterminants de santé et les déterminants de participation sociale en santé.....</i>	8
i. <i>Les déterminants de santé.....</i>	8
ii. <i>La participation sociale en santé.....</i>	8
(c) <i>Les facteurs sociaux et environnementaux.....</i>	10
III. L'APPROCHE DE READAPTATION COMMUNAUTAIRE.....	11
(a) <i>Les définitions de l'approche de réadaptation communautaire.....</i>	11
(b) <i>Les directives internationales des soins de santé selon l'approche de réadaptation communautaire.....</i>	13
(c) <i>Principes et objectifs de l'approche de réadaptation communautaire en Afrique de l'Ouest.....</i>	14
IV. LE PRINCIPE DE READAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET LA PRATIQUE DE L'ERGOTHERAPIE DANS L'APPROCHE DE REEDUCATION COMMUNAUTAIRE.....	15
(a) <i>La Réadaptation à base communautaire (RBC).....</i>	15
(b) <i>Les rôles et objectifs de l'ergothérapie dans l'approche de réadaptation communautaire.....</i>	17
PARTIE METHODOLOGIE.....	20
I. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	20
II. TYPE DE RECHERCHE.....	21
III. DEMARCHE DE RECRUTEMENT.....	21
IV. OUTIL DE MESURE.....	22
V. PROCEDURE DE COLLECTE.....	22
VI. ANALYSE DES DONNEES.....	22
VII. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	23
VIII. CONTRAINTES PREVISIONNELLES A L'ETUDE.....	23
RESULTATS ET ANALYSE.....	24
I. PRESENTATION DES PROFESSIONNELS ET DE LEURS LIEUX D'INTERVENTION.....	24
(a) <i>Présentation des professionnels.....</i>	24
(b) <i>Présentation de la structure sur place.....</i>	24
II. LA THEORIE UTILISEE SUR PLACE PAR LES PARTICIPANTS.....	25
(a) <i>La connaissance des approches communautaires et/ou de la RBC.....</i>	25
(b) <i>L'utilisation de modèles conceptuels ou appliqués.....</i>	26
III. L'INTERVENTION SUR PLACE DU PROFESSIONNEL.....	26
(a) <i>La collaboration.....</i>	26
(b) <i>Les projets mis en place.....</i>	27
(c) <i>L'analyse de sa pratique.....</i>	27
IV. LES DIVERGENCES SOCIALES ET CULTURELLES.....	28
(a) <i>Difficultés et freins pour les professionnelles.....</i>	28

i.	Les freins sociaux.....	28
ii.	Les croyances.....	29
(b)	Méthodes appliquées par les participantes pour contrer ces freins.....	30
(c)	La vision du handicap.....	30
i.	La place de la personne en situation de handicap.....	30
ii.	Le nom donné aux usagers et l'évolution de la vision du handicap	32
V.	UN ACCES AUX SOINS COMPROMIS	33
(a)	Les facteurs empêchant la prise en charge.....	33
i.	Economique.....	33
ii.	La famille.....	33
iii.	Le gouvernement	34
iv.	Le matériel et le transport.....	35
(b)	La participation des bénéficiaires.....	36
i.	La provenance des personnes et leur participation dans la prise en soin.....	36
ii.	Refus de soins.....	37
(c)	Les disponibilités des professionnels pour s'engager dans des approches communautaires.....	38
	DISCUSSION.....	39
I.	CONFRONTATION DES RESULTATS ET DE LA THEORIE.....	39
(a)	Les conditions actuelles d'accès aux soins	39
(b)	La pratique des professionnels et de l'ergothérapeute dans cette population	41
(c)	Les approches de réadaptation communautaire : connaissance et faisabilité.....	42
II.	LIMITES DE L'ETUDE.....	44
III.	QUESTION DE RECHERCHE ET POURSUITE DE L'ETUDE	44
	CONCLUSION.....	45
	BIBLIOGRAPHIE.....	46
	TABLE DES ANNEXES.....	I
	ANNEXE A : CARACTERISTIQUES DE LA RBC, DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES ET DE LA READAPTATION DANS LA COMMUNAUTE.....	II
	ANNEXE B : LA TRANSDISCIPLINARITE	III
	ANNEXE C : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	IV
	ANNEXE D : GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES ERGOTHERAPEUTES	V
	ANNEXE E : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA KINESITHERAPEUTE	VIII
	ANNEXE F : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE MEDECIN	X
	ANNEXE G : GRILLE D'ANALYSE.....	XII
	RESUMÉ.....	XVI

Table des illustrations

Figure a : Modèle de l'occupation humaine	2
Figure b : Conceptualisation de la santé des individus sur la base des perceptions des répondants concernant la santé	7

Liste des abréviations

AFRO : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CDPH : La Convention des nations unies relative aux Droits des Personnes Handicapées

CMU : Couverture Médicale Universelle

CRMOH : Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine

DAES : Département des Affaires Économiques et Sociales

DPPH : Direction de la Promotion des Personnes Handicapées de la Côte d'Ivoire

DSPD : Division des politiques Sociales et du Développement Social

FEDAPH : Fédération des Associations de Personnes Handicapées

FNEK : Fédération Nationale des Étudiant(e)s en Kinésithérapie

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé = WHO (World Health Organization)

PIB : Produit Intérieur Brut

PND : Plan National de Développement

PNPIPH : Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées

PNRBC : Programme National de Réadaptation à Base Communautaire

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

RBC : Réadaptation à Base Communautaire

UA : Union Africaine

WFOT : Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapists)

Préambule

Pendant ma deuxième année d'ergothérapie, je me suis engagée avec quatre autres étudiantes en ergothérapie, dans une association de Solidarité Internationale nommé le PISEE. Notre objectif était de partir un mois à Dakar, au Sénégal, pour participer à mettre en place ou renforcer la rééducation post-AVC à l'hôpital de Dakar et dans l'association Waranka. Un autre objectif était de développer l'approche ergothérapique qui n'existe pas encore dans l'association à cause du manque de formations locales dans ce domaine.

Grâce à cette expérience, nous avons pu comprendre davantage les causes de ruptures de parcours de soins de la population habitant les quartiers pauvres de Dakar. Nous devons prendre en compte les contextes sociaux, environnementaux et institutionnels. Le fait d'aller directement au domicile des personnes a été très enrichissant pour nous puisque cela nous a permis de prendre en compte tous les domaines de la vie quotidienne, s'agissant de leurs soins personnels, des loisirs ou de leur productivité.

De plus, en stage, j'ai été confrontée à toutes sortes de situations auxquelles je dû faire face pour accompagner au mieux la personne dans ses objectifs. La formation d'ergothérapie me permet aussi de découvrir tous types de populations, de la plus aisée à la plus pauvre, mais en restant dans un milieu institutionnalisé (hôpitaux, EHPAD, Soins de Suite et de Rééducation...).

Ainsi, je me suis interrogée sur la pratique dans un pays occidental et celle dans un pays en voie de développement. Mes questionnements portaient sur l'accès aux soins, l'accompagnement paramédical des personnes vivant dans la pauvreté et sur leur environnement proche.

C'est ainsi que je me suis posée une question initiale, avant toutes recherches scientifiques. **Comment l'ergothérapeute occidental peut-il apporter son soutien grâce à sa profession en Afrique de l'Ouest ?**

Introduction

La région de l'Afrique de l'Ouest comprend les quatorze pays suivants faisant partie de l'Union Africaine (UA) : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée, Liberia, Mali, Mauritanie, Nigeria, Niger, Togo, Sénégal et le Sierra-Leone (*États membres / Union africaine*, 2021). En termes de santé, les situations entre les pays d'Afrique de l'Ouest et au sein même des pays sont inégales. Au Mali, 3% des hommes en milieu rural déclarent avoir une assurance médicale contre 15% de ceux vivant dans la capitale (toutes formes d'assurances médicales confondues). Au Sénégal, seulement 53% des femmes vivant dans les ménages les plus pauvres ont accès à un centre de formation sanitaire pour accoucher, contre 97% des femmes des familles les moins pauvres (Ridde et al., 2023). Ces disparités peuvent s'expliquer par la faible part que consacrent les Etats africains dans leurs budgets nationaux pour le secteur de la santé. Bien que les directives aient prévu un taux de 15,0% pour le budget de la santé, le gouvernement sénégalais ne consacre que 4,3 % de son budget national. De façon identique, le Mali est à 5,7%. Pourtant une amélioration générale de la santé des populations a été remarquée ces dernières années. L'espérance de vie des personnes vivant en Afrique ne cesse d'augmenter : « Elle est passée de 45 ans en 2000 pour les hommes à 55 ans en 2019 ». Elle reste cependant la plus faible du monde. Un important changement dans les causes de la mortalité a également été repéré. Les maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires, cancers, hypertension, sont encore plus responsables de décès (Ridde et al., 2023). En Afrique de l'Ouest, les pays sont majoritairement placés dans la catégorie à faibles et à moyennement faibles revenus d'après le produit intérieur brut (PIB) des pays (Organisation Mondiale de Santé (OMS) AFRO, 2021), qui permet de représenter les ressources des pays et l'accès aux services de santé. Une vision globale est donc nécessaire pour comprendre davantage la situation en matière de santé et les inégalités.

Cette étude traitera des facteurs limitants l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en Afrique de l'Ouest et abordera l'ergothérapie et les approches de réadaptation communautaire dans ces pays. **Question initiale : Quelle place a l'ergothérapeute dans la prise en charge de personnes en situation de handicap de l'Afrique de l'Ouest exclues d'accès aux soins avec l'approche de rééducation communautaire ?**

Partie Théorique

I. L'ergothérapie, l'occupation et la situation de handicap en Afrique de l'Ouest

(a) L'ergothérapie et les sciences de l'occupation

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2021) définit l'ergothérapie comme une pratique paramédicale faisant le lien entre l'activité humaine et la santé. L'ergothérapeute intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, social, éducatif et professionnel propre au contexte et aux capacités de la personne ou du groupe.

Le terme général de l'occupation est selon le Larousse (2022) ce à quoi on consacre son temps, son activité. Plus précisément, l'occupation s'intègre tant dans le quotidien individuel que dans le milieu sociétal et dans l'environnement matériel ou physique (Lievin, 2015, p. 19). La science de l'occupation reste une science fondamentale qui permet une meilleure compréhension de la globalité et de la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal entre autres. Elle se base sur des modèles conceptuels et permet d'utiliser des approches occupationnelles comme les concepts d'engagement, de participation. L'occupation est, ainsi, un concept au centre de la pratique ergothérapique (Meyer, 2018).

(b) Le modèle ergothérapique : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH de Kielhofner, établi en 2002, détermine que la personne, un être occupationnel, agit dans son environnement pour développer son adaptation occupationnelle. Cet être est régi par sa volition (la motivation), son habitude et sa capacité de rendement.

Il agit, dans une activité, par son engagement, sa participation et ses habiletés. Tout cela se réalise dans son environnement social, physique et occupationnel. La

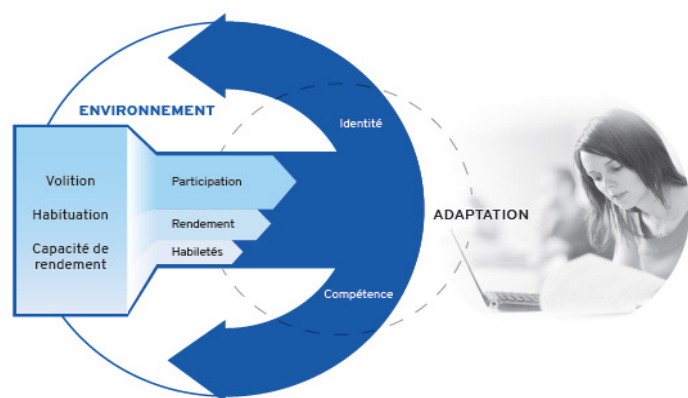


Figure a : Modèle de l'occupation humaine

compétence, les valeurs de la personne et l'identité occupationnelle sont donc développées tout en pouvant être impactées par l'environnement et la culture.

La volition est décrite comme la perception de ses propres habiletés. Elle est composée de trois éléments interreliés : les déterminants personnels, la compétence, avec l'importance de l'activité, et le sentiment d'efficacité.

La capacité de rendement est à différencier du sentiment d'efficacité. La capacité de rendement se réfère au corps en étant objective (capacités des structures et fonctions du corps) et subjective (sensations lors de l'agir). L'expérience corporelle vécue influence fortement le rendement subjectif et fait partie intégrante de l'occupation. En ergothérapie, il arrive fréquemment que cette expérience soit un obstacle majeur à la participation aux activités. C'est pourquoi, les aides techniques seront une solution de compensation.

L'environnement est, dans ce modèle, l'ensemble des particularités physiques, sociales et occupationnelles d'un contexte immédiat, local et global dans lequel la personne agit quotidiennement. L'environnement aura un impact sur l'action et l'exécution de l'activité. Les facilitateurs ou obstacles environnementaux sont pris en compte par l'ergothérapeute pour avoir une meilleure compréhension des difficultés de la personne.

En découle la notion de valeur qui regroupe les convictions personnelles et le sens de l'obligation établies par la famille, l'environnement et la culture retrouvés dans chaque communauté. Le MOH reconnaît l'importance de la culture sur l'adaptation et la participation occupationnelle en associant à cette culture tous les niveaux environnementaux et le contexte. Il faut viser l'adéquation entre les ressources et les opportunités de l'environnement en lien avec les perceptions et les désirs de la personne. Ces éléments ont des conséquences sur la qualité de vie et sur l'anticipation des futures actions de la personne. La volition est donc une valeur motrice dans l'engagement de l'occupation, qui permet la participation sociale de la personne dans sa communauté. Ce modèle regroupe des valeurs pouvant être mises en lien avec l'accès aux soins et le handicap en Afrique de l'Ouest (CRMOH, 2023).

(c) Les droits occupationnels

Les droits occupationnels sont définis par Jasmin (2019) comme les droits des personnes de s'engager de manière équitable dans des occupations significatives qui contribuent positivement à leur bien-être personnel et à celui de leur communauté. La fédération

mondiale des ergothérapeutes sur les droits de la personne assure, en 2006, que toute personne a le droit de participer à des occupations qui lui procurent un sentiment d'accomplissement et de satisfaction, conformément à sa culture et ses croyances, et qui lui permettent de s'épanouir (Monin & Desrosier, 2017). Le droit occupationnel est directement relié au terme justice occupationnelle (Guebey, 2020).

Un des postulats de la justice occupationnelle est que les « différentes formes de participation (faire, être, devenir à travers l'occupation) sont essentielles afin de promouvoir la santé, le bien-être et l'inclusion sociale dans les contextes culturels, économiques et institutionnels, sociaux et politiques » (Townsend & Wilcock, 2004 dans Guebey, 2020). C'est pourquoi en 2020, Whiteford, une ergothérapeute australienne a affirmé avec ses collègues que la justice occupationnelle devrait être le pilier de l'ergothérapie pour amener les bénéficiaires à faire respecter leurs droits occupationnels souvent mis de côté en approche traditionnelle. Ce droit fait partie de nos fondements en tant qu'ergothérapeute (Whiteford et al., 2020). Néanmoins, peu de personnes sont au courant de leurs droits fondamentaux dans les pays en voie de développement. Ceci peut être expliqué par les recherches de l'OMS et de l'Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Ils déterminent que les pays en voie de développement convergent vers des situations impliquant un plus grand niveau de stress, un plus grand sentiment d'absence de contrôle de sa vie, et de devoir composer avec moins d'opportunités occupationnelles (OMS AFRO, 2021). Les personnes en situation de handicap ont des responsabilités et des rôles sociaux différents dans leurs familles et leurs communautés. Pourtant elles devraient être traitées comme des membres à part entière de la société et par conséquent, avoir les mêmes droits juridiques (Ministère des affaires sociales du Bénin, 2019)¹.

¹ Dans toute l'étude, la référence « Ministère des affaires sociales » concerne le Ministère du Bénin. Sinon, cela sera indiqué pour un pays différent.

(d) La notion de « handicap » en Afrique de l'Ouest et les représentations sociales

En Afrique de l'Ouest, l'idée est que le handicap est tout simplement un problème médical qui doit être résolu, ou une maladie qui doit être « soignée ». Cette notion implique qu'une personne qui présente un handicap est en quelque sorte « cassée » ou « malade » et a besoin d'une réparation ou de soins. Cette vision médicale fait partie du mythe le plus notable et le plus répandu touchant les Hommes et la notion de handicap en Afrique de l'Ouest. En définissant le handicap comme le problème et l'intervention médicale comme la solution, les sociétés et les gouvernements ne prennent pas en compte les barrières qui existent entre les environnements physiques et sociaux. Ainsi, ils échappent à la responsabilité de lutter pour les réduire (Division des politiques sociales et du développement social (DSPD) Département des affaires économiques et sociales (DAES), s. d.).

Les relations inégalitaires et l'exclusion sont nourris par la stigmatisation et les représentations sociales. Les représentations sociales sont définies comme toutes interactions de l'être humain qui génèrent et orientent les conduites des individus (Diop, 2012). Pour des affections nécessitant un recours immédiat aux soins, les personnes « s'adressent aux tradipraticiens, aux guérisseurs spirituels et aux vendeurs de médicaments et ne se rendent dans les centres de santé qu'en cas d'échec du traitement préconisé » (Ibidapo, 2005 dans Système de santé en Afrique, 2012). Ainsi, encore aujourd'hui, des mœurs et coutumes sont peu ouvertes au handicap (Ministère des affaires sociales, 2019). Les cultures africaines sont dites sémantiques : tout est signe, signifiant et signifié, même le plus anodin. Ainsi, les représentations sociales induisent fortement le jugement et définissent le concept de handicap (Mua Bay, 2008 cité par Mbassa Menick, 2015). Dans la mesure où le handicap est associé aux termes « personne autre », « punitions », « péché », « démon », il ne peut donc transmettre que des sentiments de honte, de culpabilité, de peur et entraîner l'exclusion (Mbassa Menick, 2015). Il est de ce fait convenu, en Afrique de l'Ouest, de considérer que la maladie ou le handicap sont détachés de la personne elle-même. Les justifications qui sont données à propos du handicap permettent de ne pas se sentir responsable de la situation. Cela permet de déculpabiliser les ancêtres. Pour l'auteur, le langage évolue malgré les nombreuses traductions pour parler du handicap. Les principes de participation, d'égalité des chances et des droits, de non-discrimination et d'accès pour tous

commencent à se développer dans le langage commun. Le terme courant reste encore « personne handicapée » (Diop, 2012).

i. Exemple du Bénin

Au Bénin, le handicap est assimilé à une punition suite à la violation d'une interdiction. Dans la tradition, le handicap n'est donc pas dû au hasard (Prévot, 2011 cité par Diop, 2012). La maladie serait un dysfonctionnement des rapports sociaux et religieux entre les humains et les forces spirituelles, entre le visible et l'invisible. L'auteur constate que les sociétés africaines n'approuvent pas la notion du handicap. C'est pourquoi, par exemple, les femmes sont immédiatement identifiées comme génitrices et par conséquent responsables d'une bonne santé et de comportements adéquats pendant la grossesse, au risque d'accoucher d'un enfant handicapé.

ii. Exemple au Sénégal

Les travaux de Diop (2012) et de l'OMS (2011) aident à démontrer que les représentations sont basées sur trois types d'ordres :

- D'ordre de la spiritualité comme un handicap relié au diable ou aux mauvais esprits. Les esprits étant invisibles, mais parmi la population, l'idée du mauvais sort jeté par des ennemis ou la coépouse (dans les relations polygames) est, lui aussi, évoquée.
- D'ordre du divin, qui est admis comme une épreuve imposée par Dieu. Le plus souvent, les parents ou la famille ne cherchent donc pas d'explication à ce phénomène et l'acceptent.
- D'ordre relationnel, de cause à effet, lié à l'agissement des parents.

Par exemple le père de l'enfant qui aurait trahi un pacte pendant la grossesse de sa femme sera fautif du corps mou de son fils nouveau-né, de même, si l'homme regarde les parties intimes de sa conjointe lors de l'accouplement, l'enfant naîtra aveugle. Il s'agit d'un non-respect d'une recommandation culturelle durant la grossesse.

iii. Exemple au Mali

Au Mali, dans la culture populaire, la personne déficiente mentale est considérée comme un « être animé » par de mauvais esprits. Cet être représente le symbole d'une dégradation des relations familiales et sociales ou d'une malédiction suite à la violation des lois antiques (Mbassa Menick, 2015).

Pour conclure cette partie, les capacités occupationnelles dépendent de multiples déterminants s'ajoutant au handicap. Les habitudes de vie des personnes en situation de handicap sont influencées ce qui engendre des inégalités dans la population. Les inégalités occupationnelles sont généralement décrites comme un déséquilibre, une privation, ou encore une exclusion sociale. Cette privation peut être justifiée comme résultant de sanctions divines et sociales. De ce fait, les personnes en situations difficiles doivent combiner des inégalités concernant leurs déterminants de santé avec les représentations sociales mais aussi avec leurs déterminants de participation (Jasmin, 2019).

II. Les facteurs entrainant la difficulté d'accès aux soins de santé des personnes en situation de handicap de l'Afrique de l'Ouest

(a) L'accès aux soins en santé en Afrique de l'Ouest

La santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2012). De plus, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata en 1978, publiée actuellement par l'OMS (2019), avait souligné que la santé est un droit capital de l'humain avec comme but l'accès à un niveau

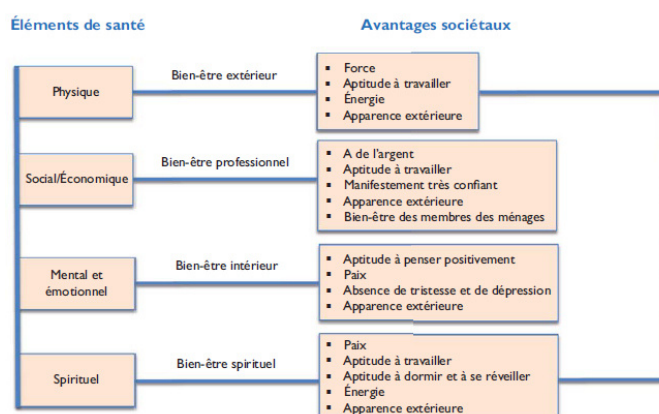


Figure b : Conceptualisation de la santé des individus sur la base des perceptions des répondants concernant la santé

de santé le plus élevé possible. La **Figure b** décrit l'interprétation de la communauté au sujet de la santé. En plus de la santé physique, les variables économiques, émotionnelles et spirituelles sont ajoutées pour accéder à un bien-être. Cela indique l'idée que la santé s'étend aux relations interpersonnelles et aux incidences qu'elles peuvent avoir sur le bien-être global. Cela permet de comprendre pourquoi les populations africaines placent régulièrement le bien-être du groupe, de la famille avant leur bien-être personnel. Ceci permet d'arriver à un sentiment de complétude.

Pour un accès aux soins optimal, il convient que les agents de santé soient formés afin de respecter les différences culturelles et d'utiliser mutuellement un langage et une idéologie compréhensible. Si l'accès, l'environnement humain et matériel sont inadaptés, alors l'impression de la population sera négative et diminuera l'implication de la personne dans son

projet de soin. D'après l'étude, « un bon système de santé doit être centré sur la personne (à l'échelon individuel et des familles) et inclure une forte participation communautaire, un encadrement, une gouvernance avec une gestion solide et un environnement propice à l'accès aux soins» (*Système de santé en Afrique*, 2012). Ainsi, la santé est mise en relation avec des éléments personnels et sociaux.

(b) Les déterminants de santé et les déterminants de participation sociale en santé

i. Les déterminants de santé

L'Agence de la santé publique du Canada (2007) définit un déterminant de santé comme des facteurs influençant l'état de santé, ou qui y est associés. Certains sont modifiables comme les comportements, l'environnement ou non modifiables comme les attributs génétiques. Elle propose ainsi douze éléments qui constituent les déterminants en santé et influencent la personne dans sa participation. Comme :

- Le statut social et le niveau de revenu
- Les réseaux de soutien social,
- Les environnements sociaux et physiques,
- Les habitudes de santé et les capacités d'adaptations individuelles,
- Les services de santé,
- L'éducation et l'alphabétisme
- L'emploi et les conditions de travail
- Le développement de la petite enfance
- Le patrimoine biologique et génétique
- Le sexe
- La culture

ii. La participation sociale en santé

La déclaration de la Décennie de 2000, qui sert de référence à la Décennie prolongée 2010-2019, encourage les États membres à examiner la situation des personnes handicapées afin de promouvoir l'égalité des chances, la pleine participation, l'inclusion et l'autonomisation de ces personnes dans la société et dans leurs occupations. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 et a été ratifiée par un nombre croissant de pays, y compris une

majorité des États membres de l'UA (Département des affaires sociales & Commission de l'union africaine, 2009).

La participation sociale prend divers sens et formes (Lievin, 2015, p. 30). C'est par exemple le cas du concept de participation communautaire, apparu dans les années 1970, car « les besoins en soins de santé primaires ne pouvaient pas être satisfaits sans une implication des communautés » (Zakus et Lysack, 1998 dans Ridde et al., 2023). Il s'agit d'un processus où les personnes reçoivent les moyens de participer activement à la définition des questions les concernant, à la prise de décision, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement des politiques et des prestations des services, et à la prise de « mesures pour effectuer des changements » (Système de santé en Afrique, 2012).

En conséquence, cette participation communautaire rend possible l'empowerment, qui fait référence au terme français d'autonomisation, ce qui permet aux communautés de conserver le contrôle dans les décisions importantes pour leur bien-être. Nina Wallerstein, auteure du rapport sur l'empowerment pour l'OMS (2018) définit l'empowerment comme "le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes), afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés". Par conséquent, c'est la société qui doit, auprès des populations, mettre à disposition les moyens d'améliorer leurs façons d'exercer des choix et leur capacité à transformer leurs vies. Il s'agit de « l'accroissement du pouvoir d'agir » des individus. L'empowerment est donc un levier majeur dans la promotion de la santé auprès des populations et dans la participation communautaire.

Or, par exemple, le rapport de la situation de l'autonomisation des personnes handicapées au Bénin, décrit l'existence de plusieurs contraintes isolant les personnes en situation de handicap dans l'intégration des usagers dans le processus de développement du pays. En dehors du cercle familial, très peu de personnes en situation de handicap ont accès à leurs communautés de vie, et à des ressources vitales pour leur autonomisation, comme le droit d'accès aux instances de prises de décisions. Leur isolement peut être justifié par des facteurs d'ordre sociaux et environnementaux constituent les faiblesses et menaces freinant l'autonomisation des personnes en situation de handicap (Ministère des affaires sociales , 2019).

(c) Les facteurs sociaux et environnementaux

Au quotidien, les personnes en situation de handicap sont confrontées à des difficultés liées aux freins sociaux, parmi lesquels on peut citer :

- La stigmatisation et la marginalisation à cause de mœurs et coutumes parlant négativement du handicap en Afrique de l'Ouest, *cf (d)*. Cette situation conduit à la dégradation de leurs relations avec les personnes non handicapées ;
- La faible intégration dans le tissu familial, communautaire et social ;
- Les perceptions peu valorisantes par le corps médical et social ;
- La mince participation à la vie socio-politique ;
- Le faible accès aux activités culturelles, sportives, récréatives et à la justice ;
- Les pratiques socioculturelles néfastes (infanticides rituels, etc.) ;
- Les difficultés d'accès à l'emploi salarié et à l'auto-emploi ;
- L'insuffisance de la communication sur la promotion des droits des personnes handicapées par les politiques publiques ;
- Le manque et l'insuffisance de ressources humaines, financières et matérielles.

Mais les personnes en situation de handicap sont aussi limitées par des freins environnementaux, alors même que certains peuvent être modifiés, parmi ces freins, il est possible d'évoquer :

- le faible taux d'accès aux services dédiés à l'insertion sociale des personnes handicapées ;
- La couverture insuffisante des services offerts aux personnes handicapées (aides techniques...) ;
- La faible couverture et synergie des structures de prise en charge, qu'il s'agisse de structures publiques ou privées, obligeant les personnes à parcourir de longues distances ;
- Le manque d'agents de santé qualifiés (Ministère des affaires sociales, 2019) ;
- Le manque de moyens de transport ;
- La mauvaise qualité des routes et du matériel disponible ;

Pourtant, les actions à mener dans le secteur de la santé sont multiples en Afrique de l'Ouest. Mais il ne suffit pas de se contenter de l'amélioration de la performance des systèmes de santé, bien que ces derniers jouent un rôle important. Le renforcement des capacités des personnes en situation de handicap et de leur famille pour maintenir et/ou améliorer leur niveau de santé actuel est un des besoins immédiats de l'UA. Les déterminants sociaux de santé comme l'accès au travail, la rémunération, l'éducation, le logement et l'empowerment exercent également une influence indéniable sur l'accès aux soins (Samb et al., 2013 dans Ridde et al., 2023). Ces projets sont possibles grâce à la promotion des activités de réadaptation au niveau communautaire (Ministère des affaires sociales, 2019).

III. L'approche de réadaptation communautaire

L'approche de réadaptation communautaire se développe de plus en plus suite aux volontés de l'OMS. Les fédérations mondiales des professions du paramédical tels que la Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) ou encore la Fédération Nationale des Etudiant(e)s en Kinésithérapie (FNEK) se sont également positionnés ((Briggs & Dreinhöfer, 2017; Buchanan et al., 2019)). À l'international, les services de santé et de réadaptation doivent garantir à chacun le droit fondamental d'améliorer son plein potentiel, sa capacité de rendement, ce qui fait l'objet d'un des plus importants objectifs sociaux (Camden & Levasseur, 2022).

(a) Les définitions de l'approche de réadaptation communautaire

Afin de comprendre la notion de l'approche de réadaptation communautaire, il est nécessaire de définir les termes réadaptation, communauté, développement communautaire, action communautaire ainsi que l'approche communautaire.

La réadaptation a été définie comme le « processus itératif de résolution de problèmes et d'éducation qui met l'accent sur les déficiences et les incapacités, et cherche à maximiser la participation dans la société tout en minimisant le stress et l'anxiété chez les patients et leur famille » (Wade, 2003 dans Camden & Levasseur, 2022).

La communauté est définie par Ridde (2023) comme « un groupe de personnes qui occupent un territoire défini où se déroulent une grande partie des activités quotidiennes, et qui ont accès à des ressources locales partagées ». Ce regroupement repose sur « un fort sentiment d'appartenance, une proximité physique et affective ainsi qu'un partage de valeurs, de

normes et d'objectifs communs » (Jasmin, 2019, p. 294). Ainsi, le développement communautaire, est une auto-organisation de la société civile qui ne s'appuie pas sur un rapport de force, mais vise à pallier le non-engagement des autorités publiques en matière de réduction de la pauvreté, de sécurité, de logement et de développement économique (Clavreul, 2020). Pour répondre à des problématiques, la communauté met en place des actions communautaires. Cela concerne toutes initiatives, issues de personnes ou d'une communauté, visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou un besoin commun (Lamoureux cité par Gagnon, 2008).

La conférence d'Alma Ata de 1978 s'était engagée à donner aux communautés le pouvoir d'un plus grand contrôle sur leur propre santé. Il s'agissait de changer de perspective et de paradigme, pour s'inscrire dans la santé communautaire, définie par l'OMS comme

« le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (Ridde et al., 2023).

Cela permet de faire le lien avec le concept de participation communautaire énoncé précédemment. En conséquence, on peut parler d'approches communautaires. Il est question d'accompagner les publics dans le besoin en prenant en compte leurs difficultés occupationnelles pour que chacun trouve sa place dans sa communauté (Monin, 2019). Le patient n'a donc pas nécessairement besoin d'être placé sur un socle spécialement conçu comme dans le milieu médical institutionnalisé avec des équipements spécialisés pour recevoir un traitement en le privant de son quotidien. Le patient peut ainsi rester dans sa communauté, et participer à ses tâches quotidiennes et à la vie sociale et de développement (Freeme, 2012). Une approche à base communautaire aide à garantir l'accès des personnes indigentes et marginalisées au développement et encourage les initiatives communautaires plus inclusives, plus réalistes et plus durables (OMS et al., 2011).

Suite à la définition des ces termes, trois concepts se rattachent à la réadaptation communautaire (**Annexe A** : Caractéristiques de la RBC, des interventions communautaires et de la réadaptation dans la communauté) :

- Les interventions communautaires de réadaptation en lien avec un type de services

Il s'agit d'interventions dans la communauté sans sélectionner des individus spécifiques. Cela permet l'ouverture à l'intégration sociale ainsi que l'accessibilité physique en encourageant l'émergence de services communautaires. Ce type de programme permet aussi de soutenir et influencer les politiques sociales qui ont, comme énoncé plus haut, un impact sur les personnes en incapacité. Enfin, il favorise le développement des compétences liées aux besoins des usagers (Centre de réadaptation Estrie, 2009 dans Camden & Levasseur, 2022).

- La réadaptation dans la communauté correspondant à un lieu d'intervention

Ce sont des activités qui se concentrent sur les incapacités de la personne pour permettre une participation maximale dans la société et dans son environnement propre.

- La RBC : Réadaptation à base communautaire

Il s'agit d'une forme de collaboration avec la communauté et qui demande une approche plus systémique, pouvant inclure les interventions communautaires de réadaptation. La RBC sera développée davantage par la suite.

(b) Les directives internationales des soins de santé selon l'approche de réadaptation communautaire

Devant la permanence d'une « vision biomédicale et hospitalière de la santé » à l'échelle mondiale, la déclaration d'Alma Ata en 1978 a conseillé de « recentrer les politiques sur les soins de santé primaires » (Desgroseilliers et al., 2016 dans Ridde et al., 2023). Des directives internationales ont donc été établies pour permettre la création d'approches de santé communautaires dans les pays en voie de développement.

Ces directives prévoient que chaque pays puisse acquérir un niveau suffisant en matière de santé quel que soit leur niveau de développement pour assurer à tous une prise en charge correcte en gardant un esprit d'autodétermination et d'une responsabilité individuelle. Cette dernière valeur, que ce soit la responsabilité collective ou individuelle, permettra une participation appropriée pour l'organisation, le fonctionnement et le contrôle des soins de santé primaires grâce aux ressources locales puis nationales et internationales. Ces soins de santé primaires appellent, par conséquent, à la mobilisation de l'échelon local, des personnels de santé comme les médecins, infirmières, sage-femmes et agents communautaires, mais

aussi, selon les cas, des praticiens traditionnels, qui seront tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins spécifiques de santé exprimés par la collectivité. La mobilisation du secteur socio-économique est également nécessaire. La coopération solidaire permettra de faire bénéficier de soins de santé primaires à l'ensemble des populations (OMS, 2019).

(c) Principes et objectifs de l'approche de réadaptation communautaire en Afrique de l'Ouest

Les prestations sont dispensées dans différents lieux (rues, maisons communautaires, médicales...) dans un but d'intégration, mais aussi pour permettre aux personnes en situation particulière ou en situation de handicap de se réunir et/ou redécouvrir des sources d'intérêt et de lutter contre l'isolement. Par principe, les activités dispensées en ateliers peuvent être encadrées en « Co-thérapie » par des animateurs, éducateurs, ergothérapeutes et/ou des assistants sociaux. L'organisation quotidienne et la planification sont volontairement flexibles. Les objectifs sont ceux du bénéficiaire et sont atteints en utilisant principalement les ressources locales de la communauté. Le moyen privilégié est l'élaboration d'un réseau qui correspond à l'histoire et la culture des usagers. Il est constitué d'un premier réseau : l'entourage proche, le second regroupe les services de proximité, les institutions voisines, les associations de quartier, les intervenants de première ligne, les professions libérales... (Lievin, 2015, p. 120).

D'après Jasmin (2019), l'approche traditionnelle analyse et oriente seulement vers des thérapies appropriées avec un besoin de résultat basé sur l'individu et sa pathologie. L'approche communautaire quant à elle crée des liens sociaux grâce à l'accueil, au partage et au jumelage avec la communauté. Cette nouvelle approche valorise la justice et l'égalité grâce à des valeurs de proximité et d'échange d'expériences de vie. Il faut néanmoins s'assurer de faire une évaluation qui se centre sur les expériences de la personne, le présent et sur ses besoins pour arriver à des objectifs individuels en valorisant les droits individuels et l'empowerment. Grâce à cela, l'avenir est pris en compte dans la finalité thérapeutique. Tout ceci vise à l'interdépendance collective, ce qui n'était pas le cas dans l'approche traditionnelle qui vise l'autonomie individuelle.

Les étapes de l'approche communautaire sont basées sur une approche bottom-up comme l'explique Monin (2019). La première étape consiste à cerner et reconnaître la communauté

en tant que telle. La deuxième est de comprendre les problématiques occupationnelles qui en découlent. C'est ainsi qu'en troisième étape les actions se mettent en place avec leurs réalisations et leurs évaluations. Tout ceci a pour but de « favoriser l'empowerment de chaque individu et d'atteindre la participation communautaire ». Cela permettra aux personnes d'avoir un rôle actif dans leur communauté. Ce rôle actif aura un impact riche sur l'identité d'une personne, son estime de soi, sa qualité de vie, et son statut social (OMS, 1999 par Monin, 2019).

Cependant dans les faits, les personnes en situation de handicap ont souvent moins de chances de participer à des activités sociales. Dans le passé, de nombreux programmes de réadaptation à base communautaire (RBC) se concentraient sur les questions de santé, d'éducation et surtout, sur les activités de réadaptation, en ignorant généralement les besoins sociaux des personnes handicapées (Ministère des affaires sociales, 2019, p. 29).

IV. Le principe de réadaptation à base communautaire en Afrique de l'Ouest et la pratique de l'ergothérapie dans l'approche de rééducation communautaire

(a) La Réadaptation à base communautaire (RBC)

La RBC a été initiée par l'OMS suite à la Conférence internationale des soins de santé primaires en 1978 et de la Déclaration d'Alma-Ata. Cela fait suite au constat des disparités de santé à travers le monde, de l'écart important quant à l'accès aux soins de santé et à la qualité de vie entre les personnes les plus riches et les plus pauvres. La RBC est définie par Jasmin (2019) comme une approche de réadaptation, développée initialement dans des pays en développement pour les personnes ayant des incapacités, qui mise sur la collaboration intersectorielle, l'autonomisation ainsi que l'accès aux services et aux ressources nécessaires pour vivre dignement et participer socialement. Elle s'inscrit, pleinement dans la démarche actuelle de communautarisation des services. La RBC est permise grâce à l'implication de tous les acteurs et à la participation des bénéficiaires, ce qui permet l'échange et la recherche de moyens et de ressources. La conjugaison des efforts de la part des personnes en situation de handicap, de leurs familles, des organisations, des communautés, et des services de santé, d'éducation, de la formation professionnelle permet la mise en place la RBC. De plus, elle a comme objectifs propres à son programme de renforcer les liens avec les services spécialisés des hôpitaux (Camden & Levasseur, 2022).

Voici un exemple d'approche de réadaptation à base communautaire au Bénin : le Plan National de Développement (PND) 2018-2025 met en relief dans son diagnostic sectoriel différents éléments : un mouvement massif de déscolarisation des enfants, un fort taux d'analphabétisation chez les adultes, une marginalisation de certaines catégories de la population à besoins spécifiques (dont les personnes en situation de handicap), une précarité et une vulnérabilité sanitaire de la population liée au faible accès à des services de santé de qualité. Ce plan propose entre autres un accompagnement de l'alphabétisation des adultes handicapés, des aides et soutiens financiers ainsi que du matériel pour les personnes de troisième âge et pour les personnes handicapées. Le renforcement de la prise en charge socio-sanitaire des personnes handicapées, le développement des activités physiques et sportives pour tous, notamment pour les jeunes et les personnes handicapées sont aussi proposés (Ministère des affaires sociales, 2019, p. 14).

La Politique Nationale de Protection et d'Intégration des Personnes Handicapées (PNPIPH) s'est développée en prenant en compte de façon générale l'amélioration du bien-être des personnes handicapées. Elle prévoit plus précisément comme premier objectif la généralisation de la stratégie de réadaptation à base communautaire à toutes les communes du Bénin et comme troisième objectif le renforcement du Fonds chargé de la réadaptation des personnes handicapées (2019, p. 15). Selon le Plan National stratégique de la Réadaptation à Base Communautaire au Bénin (PNRBC) (2019), une importante action a été entreprise grâce à l'appui du Comité National Français de Liaison pour la Réadaptation des Handicapés, de l'OMS, du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et à plusieurs autres partenaires techniques et financiers (PTF). Les résultats obtenus ont permis les développements successifs des activités du PNRBC à plusieurs districts. Ainsi, après les 5 extensions entre 1992 et 2014, le nombre total de districts RBC sur l'ensemble du territoire national, est passé de deux au démarrage, à trente-sept répartis dans trente-trois communes sur les soixante-dix-sept que compte le pays. Cela correspond à un taux de couverture géographique de 42,85%. Grâce aux actions mises en œuvre, le nombre de participants est passé de 92 personnes touchées la première année à 4068 en 2018.

Actuellement, les thématiques retrouvées dans ces programmes sont les suivantes : l'éducation, la santé, le social, les moyens de subsistance et l'autonomisation. Il est donc suggéré d'avoir, au niveau national, un gestionnaire de projet de développement local, des

professionnels paramédicaux et du médico-social, une équipe administrative et des responsables techniques RBC, entre autres. Il a été également préconisé, au niveau communautaire, cent-quarante-sept volontaires RBC. Pour intégrer toutes ces personnes dans un programme, les rôles doivent être définis précisément.

(b) Les rôles et objectifs de l'ergothérapie dans l'approche de réadaptation communautaire

Le rôle est défini comme « un modèle organisé de conduite, relatif à une certaine position de l'individu dans la société ou dans un groupe et corrélatif à l'attente des autres ou du groupe » (Pieron, 1973 dans définition de rôle, s. d.). Un rôle est donc « un système cohérent d'attitudes, de ressentis, de comportements, de perspectives sur la réalité et de relations connexes. » (Laurier, 2017). Identifier les rôles permet de prendre une place légitime et efficace. Dans chacun de ces rôles, les façons d'entrer en relation et les attentes vis-à-vis de l'individu vont différer. L'ensemble des agissements seront adaptés à chacun de ces rôles : le vocabulaire, la façon de parler ou de s'habiller, la façon de dire bonjour.... (Laurier, 2017).

En ergothérapie, l'occupation est une valeur capitale et un déterminant important du bien-être et de la santé. C'est pourquoi, dans la pratique professionnelle, l'activité est une dimension essentielle de la santé et de la qualité de vie des bénéficiaires (Lievin, 2015). De plus, la science de l'occupation légitime des pratiques extérieures au système de santé, au service de populations vivant avec des ruptures occupationnelles ou à risque d'en subir (Meyer, 2018).

En 2017, la WFOT a soutenu l'appel de l'OMS concernant l'offre de rééducation et réadaptation qui dans certains pays ne répond pas aux besoins de la population. En effet, la WFOT a positionné l'ergothérapie comme ayant un rôle important dans la réadaptation. Un des enjeux serait d'accroître et de renforcer le soutien aux programmes de formation en ergothérapie, en particulier dans les pays où il n'y a pas ou peu d'ergothérapeutes actuellement (Buchanan et al., 2019). Le nombre de praticiens en ergothérapie en Afrique de l'Ouest, en 2022, est de 120 praticiens pour le Nigeria contre 5 855 pour l'Afrique du Sud. Les données des autres pays sont manquantes dans le rapport de la WFOT 2022 et indiquent qu'il n'y a pas de formation ni d'écoles depuis 2021 (OMS, 2022).

L'expertise de l'ergothérapeute dans la compréhension des interactions complexes entre la personne/famille/communauté, l'environnement et les occupations permet à la profession de s'engager dans l'approche communautaire. Son principal objectif est l'engagement dans les occupations et la pleine participation (Buchanan et al., 2019). Leurs visées sont aussi de soutenir les personnes au niveau de leur auto habilitation pour diminuer leurs sentiments d'impuissance et favoriser un retour vers une autonomie réelle afin de d'être en capacité de prendre des décisions éclairées sur leur propre vie (Wettstein et Harriger, 2016 dans Monin, 2019). Il est primordial d'identifier les déterminants sociaux sur lesquels il est possible d'exercer une action directe ou indirecte, afin d'être capable de développer son potentiel thérapeutique et d'adapter au mieux son comportement et ses pratiques (Lievin, 2015, p. 29). Les professionnels de la santé ont de ce fait un rôle tout particulier à jouer dans l'empowerment communautaire. De plus, au vu des éléments énoncés ci-dessus, l'ergothérapeute « est appelé à travailler auprès de personnes de milieux défavorisés en raison de la prévalence élevée des incapacités chez cette population » (Monin, 2019).

Néanmoins, les ergothérapeutes ne peuvent pas donner foi à des preuves venant des pays occidentalisés pour accompagner des patients en Afrique, bien qu'ils voient la réadaptation communautaire comme un devoir personnel et professionnel (Freeme, 2012). Selon Jasmin (2019), l'ergothérapeute a besoin d'une bonne compréhension du phénomène des inégalités socio-économiques et de la pauvreté afin de ne pas véhiculer inconsciemment des préjugés négatifs à l'égard des personnes de milieux défavorisés. Cela permet d'adopter une attitude compréhensive. C'est pourquoi, l'OMS (2019) indique depuis la Conférence d'Alma-Ata qu'une formation des professionnels est nécessaire.

Par exemple, pour la sensibilisation concernant l'accident vasculaire cérébral (AVC) en Afrique, l'ergothérapeute a un rôle crucial grâce à l'éducation concernant les facteurs de risques ou encore par la réadaptation neurologique. Cependant, il est crucial que l'utilisateur soit impliqué dans toutes les étapes du processus d'ergothérapie (Freeme, 2012). Il faudra donc veiller à se détacher d'un concept de pratique rigide et biomédical pour se placer dans le contexte dans lequel des personnes et la culture exercent une influence. Dans ses interventions, l'ergothérapeute envisage l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais aussi les facteurs sociaux tels que cités dans la partie

(II(b)). Ces déterminants interagissent entre eux et s'influencent, de manière positive ou négative, en engendrant des conditions de vie qui influent sur la santé. Le développement de l'ergothérapie auprès de la population plus générale a amené à pratiquer en milieu ouvert, dans la rue ou au domicile, donc au plus près de la communauté (Lievin, 2015).

De ce fait, les ergothérapeutes revendiquent leur filiation sociale. L'ergothérapeute travaille avec une vision holistique et systémique qui le pousse à prendre en compte la personne dans sa globalité. Mais cela ne signifie pas de devoir tout prendre en charge. La profession peut emprunter et cumuler les outils et les interventions d'autres professionnels mais ses axes d'interventions et son rôle sont déterminés par des modèles professionnels et par un cadre de pratique. Les ergothérapeutes qui professent avec l'approche RBC développent donc des moyens, en lien avec le contexte de vie des usagers, pour faciliter le transfert de leurs compétences dans la prise en charge et l'accompagnement personnalisé qui se fera par les agents communautaires ou par les usagers eux-mêmes et leur famille (Fransen, 2008). La notion de transdisciplinarité est donc essentielle (Annexe B : La transdisciplinarité).

En résumé des informations recueillies dans la littérature, les conditions sociales et les facteurs environnementaux sont le point de départ d'injustices occupationnelles pouvant conduire à la perte de dignité des personnes en situation de handicap (Ministère des affaires sociales, 2019). Ces facteurs se rapprochent des déterminants sociaux de la santé qui rentrent dans processus d'exclusion sociale alors que chaque être humain détient un droit lui permettant la participation et son engagement dans les activités de vie quotidienne, professionnelles et de loisirs (Guebey, 2020). Les systèmes de santé sont encore centrés sur le curatif. Les populations ont par conséquent du mal à être entendues et à participer aux décisions (Ridde et al., 2023). Les principaux obstacles à l'accès aux soins mentionnés dans l'étude sont les charges financières, les conditions d'accès (routes, distance, matériels disponibles), la qualité des soins prodigués et les représentations sociales (Système de Santé en Afrique, 2012). Pourtant, les programmes de réadaptation communautaire se multiplient en Afrique de l'Ouest grâce à la participation sociale des communautés, qui jouent un rôle important dans ce processus. L'engagement occupationnel n'est possible que par la participation de l'individu qui est cruciale afin d'adapter ses occupations en fonction de ses

capacités. Cela aura une conséquence directe sur leur inclusion sociale, mais aussi qualité de vie. Ainsi, les représentations sont fondées et régies par notre environnement (physique et social), la prise en compte du concept de handicap et de sa représentation sociale permet aux acteurs intermédiaires, travaillant en transdisciplinarité, de mettre en place les meilleures stratégies de soins avec une compréhension complète du contexte (CRMOH, 2023). L'élaboration d'approche de santé communautaire « constitue souvent la seule alternative des plus pauvres pour se soigner » (Ridde et al., 2023). Les praticiens s'emparent des notions d'empowerment, d'autodétermination et de partenariat auprès du bénéficiaire lors de leur engagement dans les approches de réadaptation communautaire (Lievin, 2015). Ainsi en découle la problématique suivante : **Comment les approches de réadaptation communautaires se développent-elles en Afrique de l'Ouest en intégrant l'ergothérapie et les conditions actuelles d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ?**

Partie Méthodologie

Les indicateurs factuels ont été recueillis en suivant le cadre d'une recherche qualitative en santé qui désigne « tout type de recherche mettent en œuvre des modes de collecte de données et des méthodologies d'analyse permettant d'accéder à la compréhension en profondeur du phénomène investigué » (Kivits et al., 2016) .

I. Objectif de l'étude

Les objectifs de recherche sont de comparer les expériences personnelles dans les pratiques médicales ou paramédicales en Afrique de l'Ouest. De comprendre l'utilisation d'approches de réadaptation communautaire dans les pratiques. De découvrir les attentes et besoins théoriques des interviewés ; et de percevoir les difficultés d'interventions liés aux lieux, aux personnes, à la culture ou à leur pratique en tant qu'intervenants. Ainsi ces entretiens permettront d'entrevoir l'utilisation de l'ergothérapie dans les approches de réadaptation communautaires et d'en savoir plus sur les représentations sociales et sur les conditions actuelles d'accès aux soins des personnes en situation de handicap en Afrique de l'Ouest.

II. Type de recherche

En prenant en compte le temps délimité pour cette recherche et les contraintes liées à la Loi Jardé (2022), la méthodologie est basée sur une recherche qualitative de type exploratoire sous forme d'entretiens semi structurés. Cette recherche s'inscrit dans une approche nationale. Elle repose sur une démarche rigoureuse, respectueuse de règles éthiques et dans le respect du secret professionnel. De plus, elle permet d'initier, au niveau national, les futurs ergothérapeutes à une culture de recherche.

III. Démarche de recrutement

Les participants ont été sélectionnés suite à l'élaboration des critères d'inclusion suivants :

- Etre un professionnel du secteur paramédical (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien) ou du domaine médical (médecin) travaillant ou ayant travaillé en Afrique de l'Ouest pendant plus d'un mois.
- Etre diplômé dans une de ces professions en occident ou une région de l'Afrique hors Afrique de l'Ouest.
- S'être renseigné, ou avoir eu une pratique basée sur une approche communautaire, et/ou connaître le principe de RBC.

Les personnes ont été contactées par message ou mail. Dans celui-ci était notifié le sujet du mémoire, les différents thèmes qui seront évoqués lors de l'entretien, sans précision des questions ainsi que la durée de l'entretien. A la suite de l'entretien un document informatif a été transmis (**Annexe C : Formulaire de consentement**), où sont mentionnés :

- Une présentation de l'objectif de l'étude ;
- Les modalités de déroulement de l'étude : le temps moyen de l'entretien, ce qui est attendu par l'intervieweur, le contexte de passation avec la garantie de l'anonymat et la confidentialité de l'enregistrement ;
- L'expression de la non-compensation financière ;
- Le principe de publication comprenant l'utilisation de citations ;
- Le consentement éclairé et la participation volontaire de l'interviewer ;
- Les remerciements ;
- Une demande de consentement à participer à l'étude dans les conditions précédemment énoncées.

IV. Outil de mesure

Les données sont récoltées lors d'interviews semi-dirigées à l'aide d'une grille d'entretien constituée de six thèmes. Cet outil de mesure comporte les sous-thèmes clés pour analyser au mieux les propos des professionnels interrogés et ainsi mettre en avant une réponse précise pour chaque question.

En accord avec ma question de recherche, les six thèmes choisis sont : le parcours de la personne interrogée ; l'utilisation de la théorie ; l'intervention sur place de la personne interrogée ; les représentations sociales et culturelles ; les bénéficiaires ; l'accès aux soins de santé. Trois grilles d'entretien ont été réalisées, une pour les ergothérapeutes interrogés (**Annexe D : Grille d'entretien pour les ergothérapeutes**), une pour la kinésithérapeute interrogée (**Annexe E : Guide d'entretien pour la kinésithérapeute**), et une pour la médecin interrogée (**Annexe F : Guide d'entretien pour le médecin**). Des modifications sur la première grille ont été apportées pour réaliser les suivantes.

V. Procédure de collecte

L'outil d'investigation est l'entretien individuel semi-dirigé en s'aidant des grilles d'entretiens évoquées précédemment. Il dure entre quarante-cinq et soixante minutes. Avec l'accord des participants un enregistrement audio et des prises de notes ont été effectuées lors de chaque entretien afin de faciliter l'analyse des données recueillies.

Au vu de la distance géographique (France, Côte d'Ivoire, Togo), les entretiens ont été réalisés par visio-conférence à l'aide de diverses applications comme WhatsApp et Messenger.

VI. Analyse des données

La retranscription in extenso des entretiens a été permise grâce à la grille d'analyse établie en amont (**Annexe G : Grille d'analyse**) qui reprend les thèmes principaux énumérés ci-dessus. Le thème « bénéficiaire » a été rajouté pour analyser plus profondément la population étudiée. Les données pertinentes sont extraites et insérées dans la grille en fonction des sous-thèmes et des variables sélectionnés au préalable. Un travail de synthèse a été effectué pour définir les verbatims utiles pour la suite de l'analyse. Des divergences et convergences ont été repérées.

VII. Considérations éthiques

Avant chaque entretien, chaque professionnel a été informé du caractère volontaire et bénévole de sa participation à cette étude. Le rappel de l'anonymisation et de la confidentialité a été fait en début d'entretien et soutenu avec le formulaire de consentement récupéré. L'enregistrement de l'entretien a été activé avec le consentement écrit et oral de la personne interrogée et a été détruit après retranscription. Il leur a également été précisé que seuls les correcteurs auraient accès à cette dernière. Le libre échange pendant l'entretien a été évoqué ainsi que la possibilité de non-réponse et d'arrêt de l'entretien si l'interviewé le souhaitait.

Une considération positive inconditionnelle de la pensée et du discours du participant a été nécessaire afin de respecter la neutralité bienveillante de la posture de chercheur. Un travail a été effectué sur l'absence de jugement de valeur personnel lors de réponses critiques des participants.

VIII. Contraintes prévisionnelles à l'étude

Des limites temporelles ont été imposées pour la réalisation de cette étude, ce qui a réduit le nombre de participants et engendré un recueil de données non-exhaustif, impactant l'exactitude des résultats. Cette étude est à la fois une recherche focalisée, ethnologique et exploratoire car elle se base sur le récit d'expériences distinctes et survole un sujet d'actualité pouvant être étudié en profondeur. Il aurait certainement été intéressant de comparer le vécu des professionnels à celui des usagers en situation de handicap n'ayant pas accès aux soins ou ayant simplement accès à ce que propose/a proposé la personne interrogée. Cela aurait pu permettre de croiser les perceptions de ces deux publics.

Résultats et Analyse

I. Présentation des professionnels et de leurs lieux d'intervention

(a) Présentation des professionnels

Trois ergothérapeutes (E1, E2, E3), une kinésithérapeute (MK1) et une médecin (MD1) ont été interrogées pour cette étude.

Profession	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3	Masseur - Kinésithérapeute	Médecin
Diplôme	2021 en France	2012 en France	2019 en France	2017 au Maroc	Diplôme en médecine parasitaire >10 ans
Temps d'intervention	2 mois au Togo depuis son diplôme	Travaille en Côte d'Ivoire depuis 2 ans	6 mois et 2 semaines au Togo depuis son diplôme + 2x/an.	Travaille au Togo depuis son diplôme	Travail par saison depuis 12 ans au Togo

Toutes les participantes se sont engagées dans une pratique à l'étranger pour des raisons personnelles et professionnelles.

(b) Présentation de la structure sur place

	E1	E2	E3	MK1	MD1
Structures sur place	Association : centre scolaire	ONG : centre scolaire Et association de formation sanitaire communautaire	1 ^{ère} association à domicile 2 ^e association : centre scolaire	Cabinet libéral, à son compte depuis 2 ans	Maisons médicales et association française
Autres professionnels	Kinésithérapeute - Orthophoniste - Educateurs spécialisés - Sociologue	ONG : équipe de 25 personnes : - Equipe administrative - Travailleurs sociaux - animateurs - Auxiliaires de vie	1 ^{ère} : seule avec le traducteur non formé au secteur de la santé + équipe administrative 2 ^e : kinésithérapeute orthophoniste	Assistants et d'autres kinésithérapeutes	Que des médecins et assistants
Population	Enfants : 2 - 19 ans Quelques adultes	ONG : Enfants jusqu'à 21 ans Association : pour tout profil, jeunes adultes - adultes	1 ^{ère} : tout public 2 ^e : Enfants dans l'école Adultes en consultations externes	Tous profils : adultes à domicile en majorité	Tout profil, adultes en majorité

E1 et E3 ont pratiqué dans la capitale du Togo, contrairement à E2, MK1 et MD1 qui ont pratiqué dans des villages aux alentours et parfois éloignés.

Les 5 participantes ont toutes reçu une population au niveau de vie faible, avec très peu de moyens. Pour la majorité, les enfants ne pouvaient être scolarisés dans des écoles ordinaires. C'est pourquoi le système de financement des soins peut varier. En se référant au tableau ci-dessous, des différences de tarifs peuvent être repérées.

	E1	E2	E3	MK1	MD1
Système de financement	Patients/parents : ne payent pas les séances d'ergo L'association travaille avec des ONG et des financeurs Le matériel est apporté par les ergos français	E2 est indemnisée par l'ONG. Procure des soins gratuits que ce soit au centre ou à l'extérieur. Les parents payent l'école 310 000 francs CFA l'année. Financement par la DPPH*, frais de scolarité, fondation d'entreprises et sponsors.	Service d'ergothérapie bénévole. 1^{ère} : droits d'inscription, moins cher qu'à l'hôpital 2^e : 5000 francs CFA / mois pour la scolarité. Avec arrangement de paiement. Les parents doivent payer les séances de kiné et d'orthophoniste.	Varie en fonction des moyens de la personne et de la distance. <i>« Ce n'est pas parce que la personne n'a pas de moyens qu'elle va pas avoir accès aux soins ».</i>	Consultation à 1 000 franc CFA soit 0.70 € pour que les patients gardent leur dignité et ne subissent pas de charité. Maisons de santé financées par l'argent des adhérents de France, des partenaires et des demandes de financements.

**Direction de la Promotion des Personnes Handicapées (DPPH)*

II. La théorie utilisée sur place par les participants

(a) La connaissance des approches communautaires et/ou de la RBC

Toutes les participantes étaient intéressées par le concept des approches de réadaptation communautaires mais n'avaient eu le temps de se former ou de se renseigner. Seulement deux ergothérapeutes ont connaissance de la RBC « j'ai fait mon mémoire sur la RBC » (E3). Cette même participante définit la RBC de façon complète « C'est une stratégie de l'OMS qui

se fait [...] donc sur le terrain [...], c'est pas un modèle qui est vraiment applicable comme un protocole on va dire, c'est plus une philosophie [...], qui essaie simplement de dire que dans tout notre travail on peut centrer sur une personne mais on peut aussi le faire en faisant partie d'une communauté d'un quartier. Et [...] tu peux leur faire confiance pour faire émerger un projet commun et [...] les pousser à faire monter ce projet ensemble. Et du coup, tu touches des projets qui sont beaucoup plus grands que quand tu parles d'une seule personne. Finalement c'est être ergo aussi ce que l'association nous demande. On fait le compte des ressources. La seule différence c'est que la RBC elle essaie de faire intervenir le plus de monde localement, le plus de ressources locales. Et justement l'idée ce n'est pas tant finalement de faire aboutir le projet mais c'est

d'apprendre aux gens à savoir où trouver leurs propres ressources. Et du coup ça se développe vraiment dans des pays en voie de développement. »

(b) L'utilisation de modèles conceptuels ou appliqués

En tant que médecin et kinésithérapeute, le concept de modèle conceptuel ne leur parlait pas. Mais la kinésithérapeute est parvenue à définir sa philosophie de pratique « il faut prendre le patient dans sa globalité. [...] C'est observer tout son environnement, faut savoir comprendre le domicile [...], les personnes qui vivent avec elle, le métier qu'il exerce, [...] si elle a une vie sociale ».

Les trois ergothérapeutes ont été formées et sensibilisées aux modèles conceptuels et appliqués mais ne les utilisent pas beaucoup. « Je pense que c'est comme partout, on arrive avec pleins [...] de modèles en tête etc mais c'est pas toujours évident d'appliquer. [...] J'ai été formée au modèle de l'occupation humaine » (E2). E1 l'a justifié par « moi j'ai pas utilisé [la MCRO] dans le sens où je trouvais pas ça pertinent, parce que c'est des outils qui sont basés, évalués sur des populations occidentales et sur un fonctionnement occidental et pas sur un [fonctionnement] africain ». E3 garde en tête des modèles humanistes et le modèle appliqués Kawa mais ne les utilisaient pas au quotidien.

III. L'intervention sur place du professionnel

(a) La collaboration

La collaboration passe dans l'ensemble par une entraide entre professionnels, des discussions informelles mais peu de réunions (E1, E2, MK1). E3 a trouvé beaucoup de point positif d'être accompagnée par un traducteur, « c'étaient des moments privilégiés » mais cependant elle pouvait se sentir seule lors de questions spécifiques des familles, « ta seule référence c'est quelqu'un qui ne connaît pas le handicap ». A l'inverse, elle a remarqué la cohésion de la deuxième association dans laquelle elle intervient, qui assurait une meilleure intégration. Pour E2 et E3, la vitesse de travail de leurs collègues ne leur convenait pas. « Malheureusement, comme ça arrive dans certaines équipes, y'a une partie qui n'est pas forcément très disponible pour travailler » (E2).

« On a des vieux réflexes européens de ce qu'on a appris à l'école et qui marchent pas » (E3). E3 affirme que malgré l'apprentissage d'une théorie identique, la pratique des soins est différente en Afrique de l'Ouest. Elle évoque la pratique des kinésithérapeutes « Ils pratiquent

pas du tout la kiné comme nous. [...] Mais ils ont réussi à faire évoluer le métier pour correspondre aux attentes de leur pays ». Pour E1, la pratique des kinésithérapeutes l’a surprise : « j’ai jamais entendu autant de personnes pleurer dans un cabinet de kinésithérapie quoi. C’était d’une violence extrême [...] et pour eux c’était normal et y’avait pas de soucis ». Une véritable différence dans les soins apportés aux enfants peut être observée, l’infra-douloureux n’est pas pris en compte comme en France. Cette divergence a surpris les trois ergothérapeutes et a pu mettre à mal la collaboration.

(b) Les projets mis en place

MK1 aimerait développer une « communauté plus solide et diversifiée » mais depuis le Covid elle indique qu’il est compliqué de motiver la population togolaise.

MD1 a eu comme proposition de projet de développer la télémédecine mais les conditions ne sont pas regroupées pour que cela fonctionne. Elle a tenu la même analyse pour la mise en place de la Couverture Médicale Universelle (CMU) au Togo. Néanmoins elle est parvenue à créer récemment une nouvelle maison médicale dans un village reculé du Togo.

E2 et E3 travaillent avec respectivement l’ONG ivoirienne et l’association française, pour développer une école de formation en ergothérapie afin de rendre accessible la formation en Côte d’Ivoire et au Togo. Une école d’orthophonie a été inaugurée en 2021 en Côte d’Ivoire.

Pour le moment, E2 développe l’accompagnement des femmes et des bébés ainsi qu’un programme pour aider les jeunes victimes de violences basées sur les violences liées au genre et aux occupations déviantes. Elle travaille également sur l’autonomisation des femmes qui sont en grande situation de vulnérabilité. E3 a mis en place récemment des ateliers de réadaptation à base communautaires sous forme de groupes de paroles avec les parents et partenaires de la communauté.

E1 n’a pu développer de projet car elle était seule sur place et que « c’était la mauvaise période [...] y’avait pas un suivi suffisamment régulier de chaque personne ». Mais elle a pu transmettre ses idées pour que les projets soient réalisés par l’équipe suivante.

(c) L’analyse de sa pratique

E2, E3 et MK1 ont pu comprendre leurs difficultés et analyser leur pratique. Bien que cela prenne du temps d’après E2, les choses avancent et s’améliorent.

E3 ne veut pas s'opposer et contredire les parents. Elle leur montre sa manière de travailler, prend le temps de leur expliquer que « voilà bah moi ça [ne] se passe pas forcément comme ça ». Pour elle, il faut également répondre à la question « pourquoi j'ai besoin qu'il le fasse ? », puis les laisser essayer. Cette technique pourrait les convaincre comme ne pas fonctionner. E3 reste ouverte à la discussion. En cas de refus, elle travaille sur elle pour adapter sa proposition. Elle rajoute qu'il faut comprendre la situation, comprendre le point de rupture, pour ne pas arriver en jugeant car les propositions ne fonctionneront pas.

Pour MK1 il s'agit également d'une adaptation de sa pratique auprès de chaque usager. « Il faut vraiment comprendre très vite la psychologie du patient qu'on a en face afin d'adapter avec la méthode la plus idéale parce que [...] on n'a pas les mêmes mentalités, [...] faut savoir très vite observer, [...] poser les bonnes questions ». Pour elle, le patient peut se braquer et refuser le soin si le thérapeute est trop intrusif.

Pour un point de vue général, E2 insiste sur le fait que « comme tout ergo on a notre parcours, on a des influences, on a une manière de faire à la fois avec notre personnalité, avec les outils avec lesquels on se sent le plus confortable ». C'est pourquoi la pratique et les relations avec les usagers peuvent différer.

IV. Les divergences sociales et culturelles

(a) Difficultés et freins pour les professionnelles

i. Les freins sociaux

Une divergence de points de vue entre les professionnels est remarquée. Pour E1, E2 et MK1 le fait d'être une professionnelle féminine est plutôt négatif et peut engendrer des refus de soins, une mise à distance. La différence d'autorité entre une femme, particulièrement une femme blanche et un homme noir a posé soucis à E1. La différence de couleur de peau peut jouer automatiquement sur le type de relation avec la personne rencontrée d'après E2. Pour MD1 et E3, le fait d'être une femme blanche peut leur permettre d'être mieux écoutées et entendues par les usagers.

Il y a aussi la place du médecin qui est considéré comme tout puissant. E3 a remarqué que les parents sont dans l'attente de résultats : « tu arrives et t'es leur sauveur [...] qui va faire un miracle avec leur enfant ». Mais paradoxalement, ils ne veulent pas comprendre comment le

thérapeute procure les soins. Ils veulent rester à distance. Une « confiance aveugle » se met en place rapidement. MD1 a remarqué qu'il y avait « un grand respect » pour le « médecin blanc », respect qu'elle constate moins en Europe.

La considération de l'âge peut être également un frein d'après MK1. Aussi, le fait d'être jeune et d'être une femme peut engendrer des préjugés : « quand t'es jeune, t'es pas forcément compétente, t'as pas forcément l'expérience qu'il faut pour soigner une personne âgée ou une personne malade ». De plus l'apparence compte beaucoup : « j'aime bien les piercings et les tatouages mais j'ose pas [les] arborer [...] parce que quand je fais ça, je perds mon côté sérieux, il faut rester dans un cadre pour être prise au sérieux ».

ii. Les croyances

Les participantes précisent que les soins passent souvent par la souffrance, ce n'est pas de la maltraitance, il s'agit de croyances spécifiques en Afrique de l'Ouest : « Quand un enfant naît avec le handicap on le scarifie sur beaucoup de parties du corps en fait pour enlever le mal. » (E1). Donc quand E1 a fait des manipulations, le père présent indiquait qu'elle continue malgré les signes de souffrance de l'enfant : « Faut continuer, c'est ça qui va la soigner », comme si le fait d'accéder au mal libérait quelque chose ou faisait du bien. Des parents ont expliqué à E3 qu'ils pratiquaient le vaudou à côté pour sauver leur fille de manière plus traditionnelle. Cette collaboration a été très enrichissante. E3 pense que le sorcier a pu sauver à deux reprises la vie de la petite fille.

Il faut également noter le fait que certains enfants porteurs de maladie comme la trisomie ne peuvent pas aller en classe ordinaire malgré leurs capacités. E2 et E3 en parlent avec déception. « Les autres parents ne veulent pas l'avoir dans la classe parce que on considère que si les autres enfants s'approchent ils risquent d'être aussi touchés par la malédiction aussi, d'être aussi malades » (E3). Dès lors le projet d'intégrer un enfant dans une classe ordinaire devient plus difficile voire même impossible.

Le fait que les personnes soient résignées peut aussi être un frein pour MD1, en effet, ils ne se combattent pas car « c'est Dieu qui l'a voulu ». La religion ayant une place importante dans la vie des chrétiens et musulmans en Afrique de l'Ouest, les personnes acceptent et ne peuvent aller contre la volonté de Dieu.

(b) Méthodes appliquées par les participantes pour contrer ces freins

E2 n'a pas ressenti le besoin de mettre en place des méthodes pour diminuer l'impact des freins énoncés. Pour elle, le simple fait que les mères voient leur enfant ne pas se développer comme les autres, en sachant qu'une solution existe pour pallier à cela, permet de les motiver à venir aux séances malgré les représentations sociales.

Pour avoir plus d'échange et de confiance avec les enfants, E1 utilisait une enceinte dans son local avec de la musique africaine. Elle essayait le plus possible de parler éwé, le dialecte togolais.

Pour E3, ces méthodes passent déjà par une adaptation du thérapeute aux demandes des bénéficiaires, puis un « travail d'information, de sensibilisation » pour « un échange dans les deux sens [...], une collaboration » doit être fait dans un second temps. Ensuite, elle indique que la possibilité de se déplacer et de permettre le jeu changent beaucoup de choses dans la relation. Elle donne l'exemple du fait d'utiliser un djembé pour rapprocher un enfant en difficulté et son grand frère. De même, faire créer des aides techniques à la marche en bois par un père menuisier a permis de le faire entrer en relation avec sa fille, et de retrouver une utilité auprès d'elle, qu'il n'avait pas auparavant. Pour faire accepter ses propositions elle essaye toujours de mettre en pratique ce qu'elle propose. Elle fait une démonstration ludique (comme une course en déambulateur) et « dédiabolise » la situation en se mettant elle-même en situation.

Pour MK1, le principal est de « faire comprendre au patient qu'il y a encore de l'espoir quoi, il faut lui faire des blagues ».

(c) La vision du handicap

Les professionnels français s'accordent à dire qu'il y a une part importante de sorcellerie, de mystères, de malédictions et de punitions lorsqu'une personne est en situation de handicap, particulièrement si le handicap parvient dès la naissance, mais la population en parle très peu. Comme l'énonce E3, « le handicap est tabou ».

i. La place de la personne en situation de handicap

« Mal vu non. Les gens, vous plaignent lorsque vous avez eu ça. [...] Les gens ont pitié de vous » (MK1). Pourtant les autres participantes ne pensent pas comme elle. Pour E2, le handicap est compliqué à gérer pour les familles car elles ont des conditions de vie à la limite de la

survie. Donc il faut « trouver les moyens de faire manger tout le monde et de payer le loyer ». Elle ajoute qu'un enfant handicapé est une charge financière supplémentaire. L'enfant ne va pas aider, or, les enfants aident dès le plus jeune âge dans les tâches ménagères et quotidienne. Le concept d'utilité est également énoncé par E3 : « Tu peux être dépendant quand t'es âgé et encore tu apportes en formant les autres, en transmettant les histoires, en t'occupant des enfants. Mais tu n'as une place dans la société que si tu es utile ». Les personnes n'ayant pas les moyens matériels ou les bonnes capacités, n'ont donc pas accès au travail et sont marginalisées (E3). En complément, MD1 ajoute que les adultes « restent dans leur lit et qu'on leur dit nan mais bon toi t'es handicapé tu sers plus à rien donc on va te soigner dans ta maison ». Le médecin n'hésite pas à sensibiliser ces familles concernant le fait que la personne doit retrouver des occupations et se lever. Les personnes en situation de handicap sont par définition inutiles pour la société. Un enfant non utile est un enfant qui n'a pas d'utilité sociale et qu'il est préférable de cacher d'après E2 et E3. « On les voit pas dans la rue les personnes avec un handicap » (E2). Le « handicap est un fardeau, [...] ça devient une honte ». Ils sont « mis de côté dans des chambres et laissés sur une natte toute la journée. » Il y a « un rejet absolu de la maman qui est souvent mise à la rue avec le gamin. [...], quand on essaye pas purement de tuer l'enfant ou de la tuer elle » (E3). Il y a donc une « vraie notion de retour à la normalité. Pour que la personne soit acceptée [dans la communauté] ». Ainsi, si les mamans comprennent que leur enfant qui est caché toute la journée, peut aider Joseph, le voisin menuisier à avoir un revenu, instantanément, l'enfant retrouve une identité grâce au déambulateur que Joseph aura eu à créer pour lui. De plus, le déambulateur sera mieux accepté et l'enfant plus facilement sorti à la vue de tous (E3).

L'avis de E1 diverge, elle n'a pas eu l'impression que les enfants en situation de handicap soient cachés. « Beaucoup d'enfants [...] suivaient leurs parents [travailler] et étaient dehors exposés à la vue de tout le monde, mais comme c'est des enfants est-ce qu'on leur excuse ? », se questionne E1. Ces propos sont à nuancer car elle n'a pu aller au domicile des personnes. Mais pour elle, « les enfants ils étaient là à côté avec eux, y'avait des parents qui étaient fiers derrière ». Les papas, papas modernes comme elle les appelle, venaient en séance et étaient fiers de leur fille, les habillaient en princesse.

Pourtant E1 ajoute que concernant le handicap psychiatrique cela est différent. Elle s'accorde avec E2 qui indique que les « gens sont attachés, enchaînés, parqués dans des cases voilà. ». « Là on les traite de fous » (E1, E2, E3).

ii. Le nom donné aux usagers et l'évolution de la vision du handicap

En Occident, le terme consacré est « personne en situation de handicap ». D'après E3, cela provient d'un nouveau paradigme. Or, la population africaine n'est pas encore disposée à passer à celui-ci. « Ils défendent le terme d'handicapé ou personne handicapé. Nous on trouve ça réducteur parce qu'on dit justement tu réduis la personne à son handicap et pour eux [...] ça met en avant le fait que c'est des personnes avant tout. » (E3). Cependant d'après E1 et E2, « ils utilisent pas le mot handicap. Ils citent jamais les pathologies ». Il n'y a pas non plus de terme particulier. Les personnes voient que la personne est différente mais ne donnent pas plus d'informations. Ils connaissent le mot handicap mais ce mot n'est pas intégré au vocabulaire quotidien, ou sinon, d'après MK1, les personnes craindraient peut-être d'utiliser ce mot. Pourtant certaines dénominations sont utilisées en lien avec des significations précises des handicaps, comme E1 et E3 ont pu l'évoquer :

- « TSA c'était retard mental. » (E1)
- « L'aveugle du village c'est la personne qui voit au delà, c'est souvent le conteur »
- « Les jumeaux [ce sont] des dieux, c'est un dieu qui s'est séparé en 2 »
- « Certaines malformations comme 6 doigts sont considérées comme des signes de chances. »
- « Les crises d'épilepsies sont vues comme des signes des esprits, la personne est possédée. » Cette représentation peut être vécue de façon positive comme négative
- « Les accidents de vie [...] ça c'est un coup de malchance. »

Néanmoins, toutes les participantes s'accordent sur le fait qu'il n'y a pas d'insultes qui sont énoncées. « On dit les choses comme elles sont en Afrique » (E3). « Ils citent beaucoup plus les symptômes de la personne » (MK1).

En outre, la vision du handicap évolue. E2 était contente de découvrir qu'une école intégrait des enfants en situation de handicap dans une école ordinaire, bien que peu d'activités leur soit accessibles, ils sont intégrés dans la cour de récréation. Ce qui est encourageant, pourtant elle garde un avis mitigé car beaucoup de choses pourraient être mises

en œuvre mais que tout va doucement en Côte d'Ivoire. E3 a l'espoir que la population d'Afrique de l'Ouest continue d'intégrer le paradigme actuel concernant les personnes handicapées et qu'elle fasse la transition avec la notre et la compréhension du terme « personne en situation de handicap ». Elle constate également que les directeurs d'écoles sont « de plus en plus sensibilisés » et que la Fédération des Associations de Personnes Handicapées (FEDAPH) forme les enseignants, crée des groupes de réflexion avec les parents.

V. Un accès aux soins compromis

« C'est beaucoup plus les personnes qui sont à l'intérieur du pays et les personnes qui sont dans les zones rurales [...] qui ont un problème à l'accès avec l'accès aux soins. » (MK1)

(a) Les facteurs empêchant la prise en charge

i. Economique

Le facteur économique est revenu à plusieurs reprises lors de tous les entretiens. Tous les éléments impactant l'accès aux soins se rattachent aux difficultés économiques. « Tous les soins sont payants donc peut-être qu'on se refuse cet accès là parce qu'on sait qu'on a pas les moyens de les financer. » (E1). L'absence de Sécurité Sociale et d'assurances maladie est indiquée par E2, E3 et MD1. De plus, « si tu as des examens médicaux à faire à côté, des radios, des choses comme ça il faut les payer au comptant, et payer ton déplacement. » (E3). Ces questions se posent aussi lorsque la personne devient handicapée et perd son travail. Cela constitue une perte de ressource importante. Pour beaucoup, il est « hors de question pour eux de faire une rééducation qui serait à leur charge complète » (MD1).

Les freins économiques n'impactent pas que les patients. Les professionnels se retrouvent bloqués par la lenteur des sponsors et des financements pour avancer sur la création de cabinet ou de projets.

ii. La famille

« Ça c'est aussi un facteur limitant l'accès aux soins qui est compliqué » explique E2. La famille n'a peut-être pas les moyens comme le souligne MK1 et les ergothérapeutes. Souvent les parents doivent faire un choix entre payer une école pour l'enfant en situation de handicap mais sans perspective de poursuite d'études et de carrière ou garder cet argent pour nourrir la famille.

Cependant, la famille peut être également un soutien. MD1 partage un souvenir lors de l'entretien. Grâce à sa sensibilisation et prévention auprès des familles, les enfants d'une dame venant de faire un AVC ont mis en place des moyens pour superviser le suivi et lui faire commencer une auto-rééducation. Cela a permis à la dame de récupérer la marche et de reprendre confiance en elle.

iii. Le gouvernement

La question du gouvernement n'a pas pu être posée à MK1 par manque de temps. E1 et E2 ne s'y connaissent pas assez pour en discuter en détail. Mais E2 a remarqué qu'au niveau du système éducatif ivoirien la gestion était compliquée. En effet, certaines classes de CP arrivaient au nombre de 60 élèves pour un seul enseignant. Cependant, pour elle, le gouvernement ivoirien « ne semble pas mettre de frein » malgré que ce ne soit pas le budget majoritaire. « Y'a un organisme gouvernemental qui suit les actions liées au handicap, c'est le DPPH. Donc des fois, ils donnent des financements. » Les difficultés qu'elle a pu constater sont que les professionnels ne sont pas affectés dans les différentes structures, ce qui entraîne en pratique un manque de professionnels et d'école. Néanmoins, le gouvernement ne propose pas de solutions pour pallier à cela.

E3 décrit le gouvernement togolais comme un « régime dictatorial » venant d'une « république militaire qui émerge de 50 ans de coup d'Etat ». Mais d'après elle, « c'est compliqué aujourd'hui de dire en face que c'est un régime dictatorial. Y'a une dépendance aux anciens pays colonisateurs qui est encore très très forte. ». Cependant ces explications sont à nuancer avec les propos de MD1 qui indique que « Le gouvernement on va pas en parler parce qu'ici on évite de parler du gouvernement ». L'impossibilité d'évoquer ce sujet a été fortement ressentie pendant les entretiens lors de cette question, par exemple, MD1 terminait ses phrases par « je ne peux pas en dire plus ».

MD1 est parvenue à parler de projets que le gouvernement a voulu mettre en place mais qui n'ont pas été concluants. « Un projet au niveau de l'Etat qui était donc d'instaurer la CMU, qui n'a pas pu voir le jour parce que la CMU doit être normalement financée par des salariés ». Or comme il y a « très très peu de personnes qui sont salariées, il n'était pas question de monter une CMU ». De plus, le gouvernement a interdit l'importation de médicament par les étrangers. Il faut acheter sur place ce matériel.

iv. Le matériel et le transport

« Y'a beaucoup de choses sur lesquelles on parvient pas à cause des manques de moyens, à la fois humains et matériels ». Des enfants « auraient besoin d'un peu plus de matériel pour gagner en autonomie [et] qui ne pourront pas forcément en gagner sans ce matériel mais y'a pas forcément accès ou un peu plus difficile. » E2 justifie cette réflexion « Parce que ça coûte cher, parce que c'est pas disponible en Côte d'Ivoire donc faudrait faire importer ». Pour elle, cela ralentit le processus de rééducation. E1 est du même avis, elle n'a pas pu faire tout ce qu'elle voulait faute de matériel.

Mais pour E1, « en tant qu'ergo t'es censée pouvoir t'adapter et détourner l'activité un peu comme tu le souhaites. Y'a des trucs ça reste pas adapté mais au final si tu le détournes un peu t'arrives quand même à en faire quelque chose ». Elle utilise l'exemple du fauteuil roulant. « C'est très chouette les fauteuils roulants mais en fait les mamans elles portent les enfants sur le dos, elles iront pas mettre leur enfant sur un fauteuil roulant parce que les routes sont en terre, y'a pas de routes pavées. » Elle ajoute que sur du petit déplacement cela peut rester utile mais que l'utilisation et l'intérêt n'est pas la même qu'en France. Pourtant MD1 a plus de difficulté à utiliser le matériel occidental « Les cadres j'arrive pas à m'en servir parce que la plupart du temps c'est des gens qui ont une paralysie du bras, ce qui fait que c'est très rare que je puisse me servir des cadres ». Pour le gros matériel, son association est en collaboration avec une ONG qui « achemine des conteneurs depuis Lyon sur le Togo ». Pour le moment cela reste autorisé par le gouvernement.

Malgré le manque de moyens repéré dans les hôpitaux par E3, elle a pu permettre la création d'un déambulateur adapté, créé au sein de la communauté : « on le fait fabriquer par les menuisiers du coin, et du coup tout à coup [...] ça fait tourner l'économie locale. » Le déambulateur ne « coûte rien parce que c'est pas cher [à produire]. On a grossi les roues par rapport au sable, il résiste super bien à l'eau, ça va pas rouiller. Il peut être fait à la taille de l'enfant avec des adaptations de poignets qu'il faut pour l'enfant. »

Concernant le transport, toutes les participantes sont en accord avec le fait que le transport coûte cher et peut empêcher l'accès aux soins. E3 et MD1 précise que le déplacement se fait par moto et qu'il ne convient pas nécessairement quand la personne est en difficulté pour tenir dessus. Il faudra alors louer une voiture, qui est encore plus chère. De plus, le

déplacement devient compliqué voir impossible lors de périodes de pluies. Que ce soit en Côte d'Ivoire ou au Togo, les routes sont inondées, les personnes ne peuvent venir dans les centres de soins. De même, la distance est un facteur important. Pour E2, de nombreux enfants auraient besoin d'un suivi mais habitent trop loin pour qu'elle se déplace ou qu'ils viennent à l'ONG. Sur ce point, MK1 précise qu'elle parvient à mettre 30 min à 1h entre les patients mais qu'il y a des risques sur la route et que cela lui prend du temps. Elle se rassure sur le fait qu'elle a sa propre voiture qui lui facilite ses déplacements avec sa table de massage. Concernant les déplacements à domicile de la kinésithérapeute, les patients sont réticents car ils ne savent pas combien ils devront payer en monopolisant pendant trois heures un kinésithérapeute s'ils habitent loin. Ils sont conscients des risques de la route, du prix de l'essence, donc il se disent que cela va couter trop cher et « laissent tomber ».

(b) La participation des bénéficiaires

i. La provenance des personnes et leur participation dans la prise en soin

	E1 (association)	E2 (ONG)	E3 (associations)	MK1 (cabinet libéral)	MD1 (maison de santé)
Provenance de la population	Par centre national majoritairement pour les enfants Du bouche-à-oreille pour les adultes	Par les assistantes sociales de l'ONG et la sage-femme de l'association	Par des associations locales, de la sensibilisation Du bouche-à-oreille	Par le médecin. Rarement le patient ou la famille appelle	Par connaissance de la maison de santé dans le village.

Pour E1 il était difficile « d'expliquer le métier de l'ergo à des enfants ou à des adultes qui n'ont pas des capacités de compréhension suffisantes ». Elle détaille que certains adultes qu'elle suivait comprenaient l'intérêt mais que les parents des enfants « étaient juste entrain de dire « merci tata, merci tata » mais heu foncièrement ils savaient pas trop ce que je faisais même si j'expliquais, y'avait une certaine barrière de la langue ». Les personnes participaient mais sans comprendre le réel intérêt. E2 l'a vécu comme un challenge car « l'ergothérapie c'est un métier qui n'existe pas en Côte d'Ivoire ».

Au niveau de la participation, E1 et E3 exprime le même sentiment. Le passage par des activités significatives et signifiantes permet la participation de la personne. E1 avait de nombreux parents qui suivaient la rééducation de leur enfant avec fierté. « Je pense que y'avait 60% de mamans seules et à 40% soit papa et maman soit papa tout seul. ». En effet E2 et E3 ont également trouvé que les parents étaient plutôt en demande d'aide. Dès lors « les

trois quart des choses qui étaient beaucoup mieux acceptées c'était quand c'était pas moi qui les trouvait » (E3). E3 parvenait à faire émerger des idées par les parents lors de groupes de discussion qui fonctionnaient mieux que ce qu'elle-même aurait proposé. Cela permet l'engagement des familles dans la prise en soins de leur enfant et de développer des idées avec les ressources de la communauté.

MK1 et MD1 dressent un tableau en deux teintes. MK1 affirme que la participation active de la personne dépend de son mental. Certains veulent guérir et d'autres non. MD1 ajoute que les personnes sont fatiguées d'entendre les « trucs de sensibilisation » donc quand ils vont bien, qu'ils ont une bonne tension, ils prennent ça pour acquis. MD1 trouve néanmoins que c'est la parole des médecins ou des soignants « qui va les interpeller et vraiment rentrer dans leur esprit ».

La régularité des soins a pu être un frein pour chaque professionnel. En effet, les usagers venaient en séance quand ils avaient l'argent ou le temps. Ils pouvaient revenir sans « prévenir et sans donner de raisons, c'était le flou » (E1). La médecin indiquait que les personnes avec une tension à surveiller ou un diabète par exemple, ne revenaient que lorsqu'ils se sentaient mal, c'était donc trop tard pour agir en prévention. Cela ne permet pas d'effectuer des soins en continu et réguliers car « tu vas en séances quand t'as l'argent d'y aller, tu prends tes médicaments quand tu les as. » (E3)

ii. Refus de soins

Les refus de soins à proprement parler n'ont pas été majoritaires d'après toutes les participantes. Les personnes ne refusent pas les soins mais les praticiens ne les voient plus (MD1), ou bien elles ne participent pas pendant les soins pour attirer l'attention de la famille (MK1). D'après la kinésithérapeute certains ne prennent pas part aux soins car ils « ont juste envie de se laisser mourir parce que soit parce qu'ils sont très âgés ou bien parce qu'ils vivent des conditions sociales difficiles ».

Concernant les enfants, E2 n'a jamais eu de refus de soins. Les parents sont friands des soins proposés. Mais E1 a pu avoir des difficultés concernant sa couleur de peau. Certains enfants n'avaient jamais vu de personnes blanches donc en avait peur, ce qui n'aidait pas à la relation de confiance.

(c) Les disponibilités des professionnels pour s'engager dans des approches communautaires

Les professionnels ne semblent pas au courant des associations et autres centres disponibles. E2 nous explique qu'il y a « vraiment très peu de lien avec les structures qui existent et là encore actuellement ». Elle justifie sa réflexion en indiquant que le recensement est difficile et que seul ce n'est pas évident d'améliorer et d'amplifier le réseau. MK1 l'a rejoint sur cette difficulté. De plus, « y'a pas forcément les médecins spécialistes de partout » (E2). E3 complète : « on manque de professionnels de soins, au niveau des professionnels de la vision y'en a pas. [...] Y'a très peu de structures qui accueillent des personnes avec des handicaps sensoriels et alors le handicap psychique on n'en parle même pas parce que c'est encore pire ». E2 conclut qu'il y a « un manque de formation des équipes médicales sur les pratiques du handicap ». Les professionnelles sont donc amenées à se déplacer à domicile, ce qui coute cher et demande plusieurs heures pour une seule personne. E2 explique : « si je me déplace 2h aller retour pour 1 enfant j'ai perdu mon après-midi alors que sur place sur les enfants qui sont là je peux en voir plus. ». De plus MK1 indique que « pas tous les kinés ont des voitures », ce qui les contraint à rester en ville ou dans la capitale. Ainsi, E3 pense que la RBC est « vitale » pour compenser ce manque réel de moyens sur place.

Cependant au Togo, tout est organisé au niveau d'un réseau de soins : « dans chaque préfecture nous avons donc des différents groupes de santé à savoir les dispensaires, les médecins libéraux etc. On nous regroupe pour faire des réunions qui pour l'instant se font assez régulièrement. » Mais MD1 rajoute qu'elle ne connaît pas de réseau communautaire dans le secteur du paramédical. « Voilà y'a rien au niveau kiné, rien rien rien, ni kiné, ni au niveau ergo, qu'au niveau médical. ». Elle ne connaît donc pas d'ergothérapeute. Néanmoins, elle a bien souvent « tendu la main [mais] y'a rien eu qui s'est fait. [...] Chacun garde son pré carré, c'est un petit peu ça, [...], je pense que c'est un peu de la méfiance, de la jalousie, je ne saurais dire mais [...] c'est loin d'être facile. »

Pourtant, d'après MK1, aller en zone rurale pendant un week-end pour sensibiliser la population ou faire des « consultations foraines », permettrait de toucher une population dans le besoin. Mais les professionnels répondent « moi je suis trop occupée, j'ai pas le temps, j'ai des patients à gérer, j'ai ma famille à gérer, je voyage, je suis ci je suis là ». Pour elle, à un moment donné il y a beaucoup de gens qui n'ont pas le sens du sacrifice ils n'ont pas le sens

de la communauté ». Elle ajoute « Or c'est pas le genre de choses qu'on peut faire toute seule. ».

Discussion

I. Confrontation des résultats et de la théorie

(a) Les conditions actuelles d'accès aux soins

La santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». C'est un droit capital avec comme but l'accès à un niveau de santé le plus élevé possible (OMS, 2012). Or, la théorie et les entretiens indiquent que cet accès est freiné pour les personnes en situation de handicap en Afrique de l'Ouest par des représentations sociales du handicap. Les représentations sociales sont définies comme toutes interactions de l'être humain qui génèrent et orientent les conduites des individus (Diop, 2012). Le handicap étant tabou (E3), cela peut indiquer que le soin de ces personnes là n'est pas une priorité.

Le manque d'accès à la communauté, la difficulté d'accès à l'emploi sont responsables d'une exclusion et d'une perte de rôle social (E3 ; Ministère des affaires sociales, 2019). Ainsi, les personnes en situation de handicap semblent avoir souvent moins de chances de participer à des activités sociales. « Les personnes en situation de handicap sont par définition inutiles pour la société » (E3). L'enfant sera donc une charge supplémentaire pour la famille, il ne pourra aider et deviendra une honte (E3), ce qui entraînera l'exclusion de la personne (Mbassa Menick, 2015). Certaines personnes seront donc cachées dans une chambre toute la journée, ne permettant pas la participation occupationnelle. Pourtant cela semble dépendre ainsi de la mentalité et des perceptions de la famille. Des enfants peuvent être dans la rue derrière leur famille qui travaille (E2).

Il est de ce fait convenu, en Afrique de l'Ouest, de se dire que la maladie ou le handicap sont détachés de la personne elle-même (Diop, 2012). Aussi, la religion peut être responsable comme l'a indiqué la médecin. Les familles indiquent les symptômes et « disent les choses comme elles le sont » (MK1, E3). Pour toutes les participantes, le mot « handicapé » n'a jamais été prononcé sûrement par peur ou du fait qu'ils n'ont pas connaissance du diagnostic. Bien qu'il ne soit pas employé dans le langage commun, le terme courant reste encore « personne handicapée » (Diop, 2012). Actuellement la population défend toujours ce terme car ils

veulent appuyer le fait qu'il s'agisse de la personne avant tout (E3). Il a été observé une cohérence dans la dénomination des déficiences, bien qu'en pratique, les participantes n'ont su donner de mots utilisés en particulier. Le terme « fou » pour des personnes atteintes de maladies psychiatrique est revenu en majorité, ce qui fait sens car la personne est considérée comme un « être animé » par de mauvais esprits (Mbassa Menick, 2015). Dans les mentalités, le handicap reste relié à la punition. Les femmes sont majoritairement responsables si l'enfant est handicapé. Ce sera donc la mère qui prend en charge l'enfant, c'est pourquoi le taux de présence est essentiellement composé à 60% de mamans seules contre 40% de papas ou des deux parents (E1).

En plus des représentations sociales, les déterminants sociaux et environnementaux peuvent compliquer les conditions d'accès aux soins. Ces freins sont observés pendant l'étude auprès d'une population habitant des zones rurales à l'intérieur du pays (MK1), ou encore des quartiers inondables, avec des conditions de vie précaires et très peu de moyens tant financiers que matériels. Ce manque de matériel a pu favoriser et augmenter la dépendance de certains enfants (E2). Un manque crucial de structures de soins s'est fait ressentir avec une obligation de déplacement sur de grandes distances pour trouver un spécialiste. Néanmoins, plusieurs des participantes travaillaient dans la capitale ce qui permettait de surmonter quelques difficultés. Il a tout de même été remarqué que les facteurs environnementaux et sociaux sont les mêmes de la théorie à la pratique, à savoir, les freins économiques, météorologiques, les conditions d'accès et de transports, les freins familiaux et gouvernementaux (*Système de santé en Afrique*, 2012). Ainsi on peut relier ces informations au fait que les représentations sont fondées et régies par l'environnement physique et social. La formation et la prise en compte du concept de handicap et de ses représentations sociales qui en découle permettent de pratiquer au plus près de la population et de leur culture.

Les professionnels ont connu également les mêmes catégories de frein que les usagers. On retrouve ainsi le facteur familial avec le refus de soin ou le refus d'aides techniques, mais aussi le facteur économique, qui empêchait les professionnels d'avoir accès au matériel utile pour la prise en charge, et entravait le suivi régulier dans la mesure où les familles ne pouvaient payer les séances, les médicaments etc. Au niveau du matériel, il a été difficile pour la médecin d'utiliser les cadres de marche. Il faut donc veiller à ce que le matériel donné dans les pays européens puisse avoir une utilité en Afrique et ne desserve pas la personne.

(b) La pratique des professionnels et de l'ergothérapeute dans cette population

La pratique des thérapeutes semblait reposer sur le principe de l'autonomisation et la participation communautaire. Elles se basent sur l'utilisation d'activités signifiantes et significatives pour la personne. La communauté est donc aidée à trouver les ressources nécessaires dans leur quotidien pour répondre à certaines problématiques. Comme E3 a pu faire pour la création du déambulateur.

Les prestations sont dispensées dans différents lieux (rues, centres, associations, maisons médicales...). Par principe, ce sont des activités dispensées en ateliers par plusieurs professionnels comme les animateurs, éducateurs, ergothérapeutes et/ou des assistants sociaux (Lievin, 2015). Sans l'appeler approche communautaire, E2 est parvenu à instaurer des projets sous cette forme. De même, E3 a établi des ateliers de réadaptation à base communautaire utilisant les 3 étapes décrites par l'OMS : cerner et reconnaître la communauté en tant que telle, comprendre les problématiques occupationnelles et pour finir réaliser les actions et les évaluer. Ce rôle actif que donnent les thérapeutes à la personne, aura un impact riche sur l'identité d'une personne, son estime de soi, sa qualité de vie, et son statut social (OMS, 1999 par Monin, 2019). Comme a pu le voir la médecin auprès d'une dame post-AVC.

« Finalement c'est être ergo aussi ce que l'association nous demande. On fait le compte des ressources. » (E3). L'expertise de l'ergothérapeute dans la compréhension des interactions entre la personne, sa communauté, l'environnement et les occupations permet aux professionnels de s'engager dans l'approche communautaire avec la personne (Buchanan et al., 2019). C'est pourquoi, l'appel de l'OMS en 2017 pour l'offre de rééducation et réadaptation dans les pays en développement a été entendu et pris en compte par la WFOT et les associations. Deux projets d'écoles d'ergothérapie sont en cours pour les prochaines années en Afrique de l'Ouest. Une école en orthophonie a déjà été ouverte en Côte d'Ivoire en 2021.

Concernant la pratique des ergothérapeute, E1 et E3 sont parties en mission au sein de la même association mais ont pu rapporter une expérience très différente. Ainsi, cette pratique dépend de chaque personne, personnalité et formation (E2). Il faut néanmoins faire attention aux réflexes acquis pendant les années de formations et de pratique car certains ne

fonctionnent pas et ne sont pas adaptés à la communauté africaine (E1, E3). C'est pourquoi il était intéressant de voir que dans la théorie qu'il était question d'accompagner les publics dans le besoin en prenant en compte leurs difficultés occupationnelles pour que chacun trouve sa place dans sa communauté (Monin, 2019), ce qui a été effectué par les participantes.

Il a fallu, pour les professionnels, d'identifier les rôles pour avoir une place légitime au sein des associations. Le fait d'être une femme et particulièrement une femme blanche a pu poser des difficultés mais dès lors que le rôle est déterminé cela a pu s'atténuer. Il faudra adapter la façon de rentrer en contact avec chaque personne en fonction de ses attentes, de ses capacités de compréhension et communication (Laurier, 2017). Cela permettrait la mise en place d'une relation de confiance. Par exemple, E1 essayait de parler éwé aux enfants pour créer une relation thérapeutique. Cela permet de montrer l'implication dans la culture de la personne et permet une meilleure confiance. Cela peut aussi passer par le fait de se mettre au niveau de la personne et de partager avec elle l'activité, comme E3 a pu faire en proposant une course de déambulateur.

Du fait d'une culture et d'habitudes qui diffèrent entre les populations, les ergothérapeutes ont été surprises par la pratique des kinésithérapeutes. En effet, ils pratiquaient sans notion d'infradouloureux ce qui entraînait des cris de douleur de la part des bénéficiaires. De plus, la vitesse de travail de certains collègues des ergothérapeutes ont pu les freiner dans leurs projets. Il faudrait nuancer ce propos par le fait que ce peut être une problématique en France également. Néanmoins, il est important de prendre en considération cette remarque qui a été faite par toutes les participantes.

(c) Les approches de réadaptation communautaire : connaissance et faisabilité

Les participantes étaient toutes intéressées par le principe d'approche communautaire mais ne connaissaient peu ou pas de réseau communautaire mis en place. La plus grosse problématique retrouvée dans les résultats a été que seules, les thérapeutes ne parvenaient pas à créer un réseau. Ainsi, du fait de leur intérêt porté à ce concept il était naturel pour elles de répondre positivement aux questions posées sur l'utilité des approches de réadaptation communautaires, tout en indiquant les facteurs limitant la faisabilité. Ces facteurs sont comme vu en théorie, le manque de formation des professionnels au handicap. Malgré une augmentation et amélioration des sensibilisations des directeurs d'écoles et des parents, les

spécialistes sont difficiles à trouver. Le projet de formation des agents de santé énoncé par l'OMS serait donc à poursuivre. D'après plusieurs participantes, il semble difficile de motiver les professionnels et de les pousser à changer leurs pratiques. Les projets sont lents à se mettre en place et les professionnels ne parviennent à s'investir du fait d'excuses professionnelles ou personnelles. En plus de ce frein humain, le frein économique est également responsable de la lenteur des projets. En effet les recherches de financements demandent du temps et les gouvernements ne semblent pas mettre à disposition un budget suffisant. Pourtant il semble important que le secteur socio-économique soit mobilisé pour parvenir à un projet complet et durable (OMS AFRO, 2021).

Cependant il est à noter qu'au Bénin les approches de RBC ont été instaurées dans le pays depuis plusieurs années et se sont grandement développées. Cela ne veut pas dire que rien n'est fait dans les autres pays. En effet, E3 nous rapporte qu'un projet de création de déambulateur adapté a vu le jour au Togo. Le principe est la conception de l'aide à la marche essentiellement au sein de la communauté, ce qui permet de valoriser cette aide technique mais aussi de redonner une utilité sociale au travailleur et à la personne en situation de handicap. De plus, un réseau médical a été formé par le gouvernement togolais. Tout est organisé pour que chaque groupe de praticiens puisse bénéficier de réunions à l'échelle régionale. Cependant, la médecin nous rapporte qu'il s'agit d'un réseau exclusif aux médecins et qui n'a pas d'équivalent pour les professionnels du paramédical. Pourtant elle indique, comme la kinésithérapeute et E2, avoir plusieurs fois « tendu la main » pour monter des projets communautaires, se mettre en lien avec d'autres structures et d'autres professionnels sans que cela ait pu aboutir. L'impression qu'en retirent les participantes est d'avoir face à elles un sentiment de méfiance et une absence de sacrifice des professionnels pour la communauté.

Un point pouvant être controversé pour la faisabilité des approches communautaires est qu'encore actuellement, les personnes s'adressent aux praticiens « vaudous » (E1,E2,E3) et ne se rendent dans les centres de santé qu'en cas d'échec du traitement préconisé (Ibidapi, 2005 dans *Système de santé en Afrique*, 2012). Néanmoins, la collaboration des deux thérapies peut être possible comme l'a vécue E3. Il est donc possible de penser que la création d'un centre de soins avec une approche de réadaptation communautaire permettrait à la

population de se sentir plus comprise et donc concernée par une prise en charge de leur santé. Les agents de soins seraient au plus proche de la communauté, pouvant être des personnes de cette communauté. Le centre permettrait de garantir l'accès aux personnes marginalisées et de rendre ces initiatives plus réalistes et durables (OMS et al., 2011). Ce type de centre effraierait moins que les centres européanisés, coutant cher et peu accessibles. Ce projet pourrait avoir une conséquence directe sur leur inclusion sociale, leur participation et par conséquent leur qualité de vie. Il permettra un échange et une collaboration des ressources. Comme l'a évoqué E3 et Ridde (2023), l'élaboration d'approche de santé communautaire est la seule alternative des plus pauvres pour se soigner et de compenser un manque de moyen réel sur place.

II. Limites de l'étude

L'étude présente certaines limites. Les professionnelles ergothérapeutes interrogées n'ont travaillé dans ces pays que principalement dans le secteur pédiatrique. E1 n'est partie que 2 mois en mission comparé aux autres professionnelles qui y travaillent depuis au moins 2 ans ou ont effectué une mission de 6 mois. Une limite dans l'évaluation des entretiens est repérée : les entretiens se sont déroulés en visio-conférence ce qui peut réduire l'analyse du para-verbal possible en face à face. Aussi, l'affectif rentre en compte dans l'analyse des réponses. En effet, une déformation du jugement peut être entraînée par l'influence des états affectifs ou des souvenirs et événements vécus. Enfin, la culture peut être une limite du fait des différences entre les participantes. Des préjugés ou stéréotypes ont pu être rapportés.

De plus, dans la mesure où aucun professionnel travaillant dans un centre utilisant totalement la RBC n'a pu être interrogé, l'évaluation de l'utilisation de cette approche n'a pas pu être effectuée et recensée dans la population. Les informations recensées ne sont donc pas exhaustives.

III. Question de recherche et poursuite de l'étude

Avec davantage de temps et de moyens, questionner la population semble une étape importante dans l'analyse de cette étude. **Quel est l'engagement et la participation de la population en situation de handicap en Afrique de l'Ouest dans la mise en place de centres utilisant des approches de réadaptation communautaire et incluant l'ergothérapie ?** Les

freins et facilitateurs d'accès aux soins et des représentations pourront être ainsi davantage étudiés, actualisés et confrontés.

Conclusion

Cette étude a montré que les personnes en situation de handicap vivant dans des situations de vulnérabilité sont freinées dans l'accès aux soins par de nombreux facteurs. Certains des facteurs peuvent être diminués si la prise en soin s'effectue au sein de leur communauté. Néanmoins, la mise en œuvre des projets est souvent lente, ce qui peut entraîner des retards dans les suivis.

L'accompagnement ergothérapique est holistique et permet de traiter la personne avec sa culture propre, dans son environnement. Les connaissances sur les approches communautaires et sur la RBC sont actuellement insuffisantes, pourtant, les ergothérapeutes finissent par appliquer ce type d'approche par nécessité pour pouvoir assurer correctement des soins dans de telles populations. Ce qui témoigne de l'intérêt fondamental d'une telle approche, en particulier dans les pays de l'Afrique de l'Ouest comme l'a démontré l'étude.

L'établissement de réseaux communautaires pourrait éviter une rupture de parcours de soins, encore fréquente actuellement. Ces réseaux peuvent également faire émerger des centres de soins en utilisant l'approche de réadaptation communautaire ou en se basant sur la RBC. Ces approches semblent les seules, à ce jour, efficace pour gagner la volition et la participation de la population et ainsi permettre l'empowerment des usagers. En mettant en place ces actions communautaires de prévention et de soins, les professionnels favoriseront la relation thérapeutique et pourront parvenir à un changement des mentalités et des représentations sociales concernant le handicap. Pour cela, un travail transdisciplinaire sera obligatoire. Néanmoins, cela obligera une formation des professionnels au domaine du handicap et la présence de soignants spécialisés, pour in fine permettre une prise en soin globale des bénéficiaires. Ce qui est d'ailleurs recommandé par les réseaux médicaux et paramédicaux à l'international.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. (2007). Déterminants de la santé. *PromoSanté*.

<http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>

Botokro, R. (2012). Situation de l'ergothérapie en Afrique ou plutôt Occupational Therapy in

Africa car en Afrique les ergothérapeutes parlent plus souvent anglais que français.

ErgOTHérapies, 46(numéro spécial : L'ergothérapie en Afrique), 5-15.

Briggs, A. M., & Dreinhöfer, K. E. (2017). Rehabilitation 2030: A Call to Action Relevant to

Improving Musculoskeletal Health Care Globally. *Journal of Orthopaedic & Sports*

Physical Therapy, 47(5), 297-300. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.0105>

Buchanan, H., Cyr, L., & Ness, N. E. (2019). *Occupational therapy and rehabilitation*.

<https://wfot.org/checkout/19069/24233>

Camden, C., & Levasseur, M. (2022). Réadaptation à base communautaire versus

interventionscommunautaires de réadaptation et réadaptation dans la

communauté : comparaison des concepts, et enjeux québécois et internationaux.

Développement Humain, Handicap et Changement Social, 18(1), 45-64.

<https://doi.org/10.7202/1087637ar>

Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt

collectif en ergothérapie. *ErgOTHérapies*, 79.

Département des affaires sociales, & Commission de l'union africaine. (2009). *Plan d'action*

continentale pour la décennie africaine des personnes handicapées 2010-2019.

www.africa-union.org

Diop, I. (2012). *Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale* | Cairn.info.

<https://www.cairn.info/revue-le-francais-aujourd-hui-2012-2-page-19.htm>

États membres / Union africaine. (S. d.). Consulté 9 janvier 2023, à l'adresse

https://au.int/fr/etats_membres/profiles

Fransen, H. (2008). *La réadaptation à base communautaire* (p. 338-343).

Freeme, J. (2012). Des services de réadaptation neurologiques appropriés au contexte africain pour les patients victimes d'un AVC. *ErgOTHérapies*, 46(Numéro spécial : l'ergothérapie en Afrique), 23-31.

Gagnon, É. (2008). Henri Lamoureux, L'action communautaire. Des pratiques en quête de sens, Montréal, VLB Éditeur, 2007, 208 p. *Recherches sociographiques*, 49(2), 390.

<https://doi.org/10.7202/018937ar>

Guebey, M. (2020). Approche communautaire et sociale auprès d'un public marginalisé : Partage d'une pratique réflexive. *ErgOTHérapies*, 79, 19-28.

Jasmin, E. (2019). *Des sciences sociales à l'ergothérapie : Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Sofédis.

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*.

Armand Colin ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>

Larousse, É. (2022). *Définitions : Occupation - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/occupation/55508>

Laurier, C. (2017). Chapitre 1. Les Rôles. In *Manager avec l'analyse transactionnelle* (p. 7-22).

Dunod. <https://www.cairn.info/manager-avec-l-analyse-transactionnelle--9782100758036-p-7.htm>

Légifrance—Publications officielles—Journal officiel—JORF n° 0055 du 06/03/2022. (s. d.).

Consulté 16 mai 2023, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=_YLWsvXBI-GeBy4fdFNcw0z_YKvnMt_Q79svGv-m-Rk=

Lievin, J.-C. (2015). *L'ergothérapie en action sociale*.

Mbassa Menick, D. (2015). Les représentations sociales et culturelles du handicap de l'enfant en Afrique noire. *Perspectives Psy*, 54(1), 30-43. Cairn.info.

<https://doi.org/10.1051/psy/2015541030>

Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>

Ministère des affaires sociales. (2019). Plan stratégique de la réadaptation à base communautaire au Bénin, 2020-2024. *OMS | Bureau régional pour l'Afrique*.

<https://www.afro.who.int/fr/countries/benin/publication/plan-strategique-de-la-readaptation-base-communautaire-au-benin-2020-2024>

Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval. (2023). *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

Module_10_FR.pdf. (s. d.). Consulté 2 novembre 2022, à l'adresse

https://www.un.org/development/desa/technical-cooperation/wp-content/uploads/sites/38/2016/11/module_10_FR.pdf

Monin, M. (2019, août 20). *L'approche communautaire en ergothérapie : Projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics*.

<https://core.ac.uk/display/276550685>

Monin, M., & Desrosier, J. J. (2017). *Pratiques émergentes en ergothérapie sociale* (p. 82).

OMS. (s. d.). *définition ergothérapie oms*—*Recherche Google*. Consulté 2 janvier 2023, à

l'adresse

https://www.google.fr/search?q=d%C3%A9finition+ergoth%C3%A9rapie+oms&sxsrf=ALiCzsZAAyCLMn1ZDVt4d0rCgZZtFtHIdA%3A1672651737068&ei=2aOyY4vYA9WbkdUPgY-puA4&ved=0ahUKEwjLqPukyaj8AhXVTaQEHYFHCucQ4dUDCA8&uact=5&oq=d%C3%A9finition+ergoth%C3%A9rapie+oms&gs_lcp=Cgxnd3Mtd2l6LXNlcnAQAzIFCAAQgAQ6CggAEecQ1gQQsAM6BAgjECc6CAgAEBYQHhAPOgYIABAWEB5KBAhBGABKBAhGGABQvgRYpxNg6hRoAXABeACAAYwCiAG2BpIBBTQuMi4xmAEAoAEBYAEIwAEB&sclient=ws-wiz-serp

Quelles sont les différences entre pluridisciplinarité, pluriprofessionnalité, interdisciplinarité et transdisciplinarité ? (s. d.). *ETP Grand Est*. Consulté 28 mai 2023, à l'adresse

<https://www.etp-grandest.org/faq/quelles-sont-les-differences-entre-pluridisciplinarite-pluriprofessionnalite-interdisciplinarite-et-transdisciplinarite/>

Ridde, V., Samb, O. M., Fillol, A., Kadio, K., & Bonnet, E. (2023). *IV / Quelques enjeux contemporains de la santé au Sahel* (p. 61-76). La Découverte.

<https://www.cairn.info/l-economie-africaine-2023--9782348077654-p-61.htm>

RÔLE : Définition de RÔLE. (s. d.). Consulté 7 février 2023, à l'adresse

<https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%B4le>

Système de santé en Afrique. (s. d.). Consulté 17 mai 2023, à l'adresse

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/health-systems-in-africa---french----2012.pdf>

Wallerstein, N., & Wiggins, N. (2018). L'Empowerment améliore l'état de santé de la population. *Santé Publique France*, 446.

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/197687/2365363?version=1>

Whiteford, G., Jones, K., Weekes, G., Ndlovu, N., Long, C., Perkes, D., & Brindle, S. (2020).

Combatting occupational deprivation and advancing occupational justice in institutional settings : Using a practice-based enquiry approach for service transformation. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(1), 52-61.

<https://doi.org/10.1177/0308022619865223>

WHO. (s. d.). *Atlas of African Health Statistics 2022*.

WHO. (2019). *Déclaration d'Alma-Ata*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

WHO AFRO. (2021). *Disabilities*. WHO | Regional Office for Africa.

<https://www.afro.who.int/health-topics/disabilities>

World Health Organization, UNESCO, International Labour Organization, & International
Disability Development Consortium. (2011). *Réadaptation à base communautaire :*
Guide de RBC. 7.

Table des annexes

ANNEXE A : CARACTERISTIQUES DE LA RBC, DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES ET DE LA READAPTATION DANS LA COMMUNAUTE	II
ANNEXE B : LA TRANSDISCIPLINARITE	III
ANNEXE C : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	IV
ANNEXE D : GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES ERGOTHERAPEUTES	V
ANNEXE E : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA KINESITHERAPEUTE	VIII
ANNEXE F : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE MEDECIN	X
ANNEXE G : GRILLE D'ANALYSE.....	XII

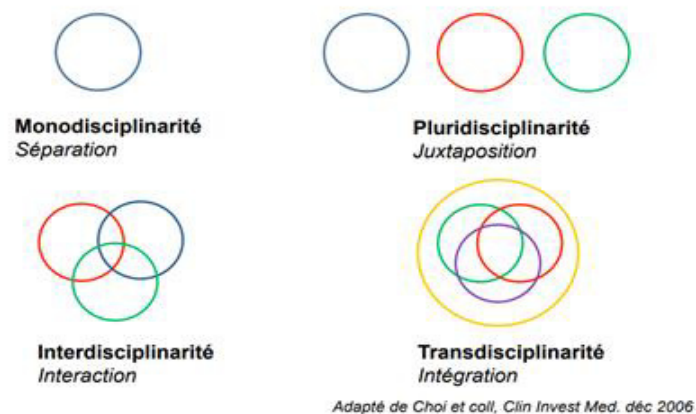
Annexe A : Caractéristiques de la RBC, des interventions communautaires et de la réadaptation dans la communauté

TABLEAU 2 CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE, DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES DE RÉADAPTATION ET DE LA RÉADAPTATION DANS LA COMMUNAUTÉ

	Réadaptation à base communautaire	Interventions communautaires de réadaptation	Réadaptation dans la communauté
Principale(s) approche(s) d'intervention utilisée(s)	Approches d'intervention mixtes, incluant : -approche centrée sur le client et sa famille -approche communautaire -approche populationnelle, qui inclut des interventions sur la prévention des facteurs de risques	Approche communautaire, centrée sur les besoins d'un groupe de personnes dans la communauté afin de répondre à leurs besoins généraux; inclut principalement des interventions sur les facteurs environnementaux des personnes en situations de handicap	Approche centrée sur le client et sa famille et approche écosystémique (centrée sur les besoins spécifiques d'un individu qui est en situations de handicap; inclut des interventions sur les facteurs personnels ou environnementaux)
Types de changements visés	Sociétaux, communautaires et individuels	Communautaires et individuels	Individuels et environnementaux (propre à une personne en situations de handicap)
À qui s'adressent les activités?	Population de personnes en situations de handicap ou leur entourage; citoyens et partenaires communautaires	Citoyens et partenaires communautaires	Personnes en situations de handicap ou leur entourage
Types d'activités	Variés, incluant : - thérapies - consultation, formation et travail en collaboration - activités de développement communautaire - lobbying politique	Consultation, formation et travail en collaboration avec un groupe de personnes	De réadaptation (thérapies ou consultation, en individuel ou en groupes)
Qui est responsable des activités?	Équipe interdisciplinaire et intersectorielle, agents en promotion de la santé et citoyens	Professionnel(s) de la réadaptation en collaboration avec des intervenants d'autres secteurs	Professionnel(s) de la réadaptation
Où se déroulent les activités?	Généralement dans la communauté	Généralement dans la communauté	Dans la communauté
Rationnel sous-jacent à l'approche	Droits humains, développement communautaire	Réadaptation plus efficiente, société inclusive	Réadaptation plus efficiente; favorise le transfert des apprentissages et le fonctionnement au quotidien
Rôle des personnes en situations de handicap	Proactifs – participe à la prise de décisions entourant les différentes activités	Peuvent être impliqués ou non	Impliqués, mais généralement non proactif dans l'offre de services
Rôle des professionnels	Facilitateurs; travail au sein d'une équipe intersectorielle	Facilitateurs; forment, conseillent, etc.	Actif; prestataires de services
Rôle de la communauté	Participation active; établit les priorités d'action et prend les décisions	Membres de la communauté collaborent à l'identification des besoins en lien avec la participation sociale; reçoivent de l'information et développent des capacités	Passif. Le client et des membres de son entourage participent, mais la communauté représente un lieu où se déroulent les interventions

(Camden & Levasseur, 2022)

Annexe B : La transdisciplinarité



(« Quelles sont les différences entre pluridisciplinarité, pluriprofessionnalité, interdisciplinarité et transdisciplinarité ? », 2021)

Comme le montre le schéma ci-dessus, la transdisciplinarité est l'intégration des disciplines dans un secteur de + pratique donné.

Les vocabulaires des différents modèles professionnels utilisés peuvent causer des incompréhensions langagières. Ainsi, Lievin (2015) rappelle que la pratique professionnelle est conditionnée par la société, par les politiques des Etats mais aussi par des pressions individuelles venant des usagers. Le vocabulaire employé ne sera pas le même en fonction du contexte. Il faut appréhender les facteurs exogènes et endogènes qui nécessitent, en pratique, la collaboration avec d'autres intervenants en utilisant une approche transdisciplinaire. Par conséquent, une modification des termes employés sera nécessaire.

Au vu du grand nombre de services communautaires, de prestataires sociaux (agents administratifs, éducateurs, assistants sociaux, juristes...) qui se développent en plus des métiers médicaux et paramédicaux, il faut, par conséquent, déterminer précisément le rôle de chaque corps de métier et son vocabulaire afin d'éviter des complications, mauvaises orientations ou encore des lenteurs et redondances dans les aides proposées à l'individu (Lievin, 2015).

Annexe C : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Projet d'étude conduit par Lucie Curé dans le cadre de ma formation en ergothérapie, sous la direction de Sabine LIONNARD-RETY.

Objectif de l'étude

Vous êtes invité à prendre part à une recherche qui s'inscrit dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Celui-ci porte sur **l'approche communautaire en ergothérapie auprès des adultes en situation de handicap exclus d'accès aux soins en Afrique de l'Ouest**.

Déroulement de l'étude

La participation à cette recherche suppose un entretien individuel d'environ 60 minutes durant lequel vous pourrez répondre à plusieurs questions et partager votre expérience en lien avec l'objet de ce mémoire.

Cet entretien sera enregistré sous format audio, avec votre consentement, afin d'en faciliter l'analyse du contenu. L'enregistrement ne sera accessible à aucune personne extérieure et sera détruit après retranscription anonymisée.

Si vous le souhaitez, vous pourrez bénéficier des résultats de cette recherche une fois qu'elle sera terminée.

Compensation financière

Votre participation à ce projet ne fera l'objet d'aucune compensation financière.

Confidentialité, partage, publication

Les renseignements recueillis lors de l'entretien seront traités de façon confidentielle. La retranscription numérique de l'entretien ne permettra aucunement de vous identifier. Vos données d'identification personnelle ne seront pas inscrites dans l'étude.

Les publications écrites et les présentations orales qui découleront de ce projet pourront inclure des citations tirées de la transcription de l'entretien.

Consentement éclairé et participation volontaire

Vous avez reçu oralement et par écrit toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude.

La participation à ce projet est volontaire, vous acceptez donc d'y participer sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation, en tout temps au cours de ce projet, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque.

Remerciements

Votre collaboration à ce projet est importante et je vous en remercie. En échange de ce consentement, je soussignée Lucie Curé, m'engage à respecter les règles de confidentialité.

Formulaire de consentement

Je soussigné(e), exerçant en tant (fonction) consens à participer au projet de recherche mené par Lucie Curé dont les conditions sont décrites ci-dessus.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions de passage de l'entretien et de la gestion des données. Par ce document, j'accepte de participer volontairement à l'étude proposée.

Fait à, le
Signature

Annexe D : Grille d'entretien pour les ergothérapeutes

Problématique : Comment les approches de réadaptation communautaires se développent-elles en Afrique de l'Ouest en intégrant l'ergothérapie et les conditions actuelles d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ?

Objectifs de l'étude :

- Comparer les expériences personnelles dans les pratiques médicales ou paramédicales en Afrique de l'Ouest.
- Comprendre l'utilisation de l'approche de réadaptation communautaire dans les pratiques
- Découvrir les attentes et les besoins théoriques des interviewés avant de partir
- Comprendre les difficultés d'interventions liés au lieu, aux personnes et à leur pratique.
- Découvrir l'impact des représentations sociales sur les personnes en situation de handicap en Afrique de l'Ouest

Critères d'inclusion :

- Etre un professionnel du secteur paramédical (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien) ou du domaine médical (médecin) travaillant ou ayant travaillé en Afrique de l'Ouest pendant plus d'un mois.
- Etre diplômé dans une de ces professions en occident ou une région de l'Afrique hors Afrique de l'Ouest
- S'être renseigné ou avoir eu une pratique basée sur une approche communautaire, et/ou connaître le principe de RBC

Guide entretien pour les ergothérapeutes :

Thèmes	Questions	Relances
Présentation du parcours	Présentez votre parcours brièvement concernant votre implication dans un projet en Afrique de l'Ouest ? De quelle association / organisme avez- vous fait parti ? Racontez-moi comment et pourquoi vous vous êtes engagés dans cet organisme ?	
Formation	<u>L'approche communautaire</u> Etes-vous intervenus en vous basant sur des principes, des approches particulières ?	Cours à l'université, recherches personnelles ?
Utilisez-vous une approche spécifique dans votre pratique pour cette population ?	<u>La RBC</u> Est-ce que vous avez eu une formation avant de partir ? Si oui, quelle formation ? Comment définiriez-vous la RBC ?	
	<u>POUR TOUS</u> Avez-vous eu des points de vigilances par rapport aux différences de pratique entre la culture de votre formation et celle des personnes auprès desquels vous êtes intervenu ? Mettez-vous à jour des nouvelles directives internationales pour développer la prise en charge du handicap dans ces pays ? Si oui, pourquoi, que trouvez vous d'utile à cela ? Quel modèle conceptuel utilisiez vous en pratique ? pourquoi ? Cela vous a-t-il aidé ?	
L'intervention	<u>Concernant le partenariat avec les professionnels sur place :</u> Avec quels professionnels intervenez-vous ? Quels étaient leurs objectifs d'intervention ? Quel est votre vécu concernant cette collaboration ? <u>Concernant votre pratique :</u> Quelles étaient vos attentes ? Quels ont été les résultats ou les déceptions ? Avez-vous atteint vos objectifs lors de votre intervention ? Si non, pourquoi ? Pouvez vous faire autrement ou plus pour y parvenir ? Quels ont été les freins ? Avez-vous pu mettre en place de la rééducation ? Si oui, de quelle sorte ? Si non, pourquoi ? Que pouviez vous modifier pour y arriver ? Quelles étaient les situations de handicap les plus fréquentes qui nécessitait votre intervention ? Racontez-moi les projets que vous avez mis en place, pourquoi et comment ? Voulez-vous en faire d'autres ?	Cela peut être des personnes formées sur place sans formation théorique et diplômes. Ou n'étiez vous que simplement conseiller ? Peut-être qu'ils ne croyaient pas en votre pratique (cf. représentation sociale) ? A quels types de difficultés vous heurtez-vous ?

	<u>Participation et culture</u> Concernant la participation des bénéficiaires, trouvaient-ils un intérêt à votre intervention en tant qu'ergothérapeutes ? <i>Vous avez été / vous êtes confronté à une population « étrangère » et une nouvelle culture :</i> - Ces divergences ont-elles un impact sur l'accompagnement ? Si oui, donnez-moi un exemple ? - Ces difficultés vous frustrant dans votre pratique ? Qu'avez-vous fait pour surmonter cette frustration ?	
Les bénéficiaires	Quelle population avait vous pris en charge ? Quels étaient les conditions de vie de ces personnes ? (pauvre, faible revenu, pas de travail...)	
Les représentations sociales	D'après votre expérience, quels ont été les freins sociaux, les mythes qui ont freiné vos actions de rééducation ? D'après vous, comment qualifiez vous la participation occupationnelle des personnes lorsqu'elles sont en situation de handicap, à leur domicile, travail ? Dans votre pratique, avez-vous utilisez des méthodes et stratégies pour aller au delà des représentations sociales et culturelle pour permettre une prise en soin efficace ? Comment se nomme les personnes en situation de handicap dans la société ? Est-ce qu'un terme précis est utilisé (handicapé, fou...) ?	Pouvez vous donner un exemple ?
L'accès aux soins	D'après vous quels sont les facteurs qui empêchent l'accès à la santé de la population que vous avez pris en charge ? (Les représentations sociales, l'accessibilité, le coût, les gouvernements ...) Comment rencontriez vous les personnes (domicile, centre...) ? Est-ce que vous alliez rencontrer les personnes à leur domicile si quelqu'un vous prévenait d'un besoin spécifique (hors rendez-vous) ?	

Annexe E : Guide d'entretien pour la kinésithérapeute

Présentation de l'ergothérapie : C'est un métier du paramédical, de la rééducation, réadaptation et réinsertion qui vise à rétablir, maintenir ou adapter l'autonomie et l'indépendance des personnes. On intervient sur toutes populations de la plus jeune à la fin de vie. Etre ergothérapeute c'est trouver des stratégies pour faire apprendre autrement à la personne pour qu'elle puisse vivre avec le moins d'aide humaine possible ou bien installer avec elle cette aide nécessaire. Pour mon sujet, l'ergothérapie peut intervenir dans l'urgence pour évaluer et adapter la situation aux personnes qui en ont besoin. Mais aussi, le métier permet d'intervenir sans matériel et sans nécessairement de diagnostic en se basant sur les problématiques occupationnelles de la personne et son environnement qui rend davantage la situation handicapante. Nous sommes une profession bio-psycho-social qui permet de prendre en compte la personne telle quelle est avec son incapacité ou sa pathologie et de voir comment elle agit dans son environnement et dans ses activités quotidiennes.

Thèmes	Questions	Relances
L'ergothérapie	Connaissez vous le métier d'ergothérapeute ? Y'en-a-t-il au Maroc ? D'après vous, quelles sont les missions d'un ergothérapeute ?	Explication du métier
Présentation du parcours	Présentez votre parcours brièvement concernant votre implication dans un projet en Afrique de l'Ouest ? De quelle association / organisme avez- vous fait parti ? Racontez-moi comment et pourquoi vous vous êtes engagés dans cet organisme ?	
Formation	<u>L'approche communautaire</u> Etes-vous intervenus en vous basant sur des principes, des approches particulières ?	Cours à l'université, recherches personnelles ?
	<u>La RBC</u> Utilisez vous le principe de RBC ? Pouvez vous me le décrire en quelques mots Comment avez-vous connu le principe de RBC ?	
	<u>Si aucune approche utilisée,</u> Utilisez vous un modèle spécifique à la kinésithérapie pour intervenir auprès de ces personnes ? Mettez-vous à jour des nouvelles directives internationales pour développer la prise en charge du handicap dans ces pays ? Si oui, pourquoi, que trouvez vous d'utile à cela ?	
L'intervention	<u>Concernant le partenariat avec les professionnels sur place :</u> Avec quels professionnels intervenez-vous ? Quels étaient leurs objectifs d'intervention ? Quel est votre vécu concernant cette collaboration ? <u>Concernant votre pratique :</u> Auprès de quelle population êtes-vous intervenu ? Quelle étaient leurs conditions de vie ?	Cela peut être des personnes formées sur place sans formation théorique et diplômes.

	Quels ont été vos objectifs lors de votre intervention ? Les avez-vous atteints ? Si non, pourquoi ? Pouvez vous faire autrement ou plus pour y parvenir ? Quels ont été les freins ? Quels ont été les résultats ou les déceptions ? Quelles étaient les situations de handicap/problèmes les plus fréquentes qui nécessitait votre intervention ? Racontez-moi les projets que vous avez mis en place, pourquoi et comment ? Voulez-vous en faire d'autres ? <u>La participation et culture</u> <i>Vous avez été / vous êtes confrontés à une population « étrangère » et une nouvelle culture :</i> - Ces divergences ont-elles un impact sur l'accompagnement ? Si oui, donnez-moi un exemple ? - Ces difficultés vous frustrant dans votre pratique ? Qu'avez-vous fait pour surmonter cette frustration ? Concernant la participation des bénéficiaires, trouvaient-ils un intérêt à votre intervention en tant que kinésithérapeute ?	A quels types de difficultés vous heurtez-vous ?
Les représentations sociales	D'après votre expérience, quels ont été les freins sociaux, les mythes qui ont freiné vos actions de rééducation ? D'après vous, comment qualifiez vous la participation dans les activités de vie quotidienne des personnes lorsqu'elles sont en situation de handicap, à leur domicile, travail ? Dans votre pratique, avez-vous utilisez des méthodes et stratégies pour aller au delà des représentations sociales et culturelle pour permettre une prise en soin efficiente ? Comment se nomme les personnes en situation de handicap dans la société ? Est-ce qu'un terme précis est utilisé (handicapé, fou...) ?	
L'accès aux soins	D'après vous quels sont les facteurs qui empêchent l'accès à la santé de la population que vous avez pris en charge ? (Les représentations sociales, l'accessibilité, le coût, les gouvernements ...) Comment rencontriez vous les personnes (domicile, centre...) ? Est-ce que vous alliez rencontrer les personnes à leur domicile si quelqu'un vous prévenait d'un besoin spécifique (hors rendez-vous) ? Etiez vous la seule professionnelle à se rendre disponible pour faire du domicile ?	

Annexe F : Guide d'entretien pour le médecin

Présentation de l'ergothérapie : C'est un métier du paramédical, de la rééducation, réadaptation et réinsertion qui vise à rétablir, maintenir ou adapter l'autonomie et l'indépendance des personnes. On intervient sur toutes populations de la plus jeune à la fin de vie. Etre ergothérapeute c'est trouvé des stratégies pour faire apprendre autrement à la personne pour qu'elle puisse vivre avec le moins d'aide humaine possible ou bien installer avec elle cette aide nécessaire. Pour mon sujet, l'ergothérapie peut intervenir dans l'urgence pour évaluer et adapter la situation aux personnes qui en ont besoin. Mais aussi, le métier permet d'intervenir sans matériel et sans nécessairement de diagnostic en se basant sur les problématiques occupationnelles de la personne et sur son environnement qui peut rendre encore plus la situation handicapante. Nous sommes une profession bio-psycho-social qui permet de prendre en compte la personne telle quelle est avec son incapacité ou sa pathologie et de voir comment elle agit dans son environnement et ses activités quotidiennes.

Thèmes	Questions	Relances
L'ergothérapie	Connaissez vous le métier d'ergothérapeute ? D'après vous, quelles sont les missions d'un ergothérapeute ?	Explication du métier
Présentation du parcours	Présenter votre parcours brièvement concernant votre implication dans un projet en Afrique de l'Ouest ? De quelle association / organisme avez- vous fait parti ? Racontez-moi comment et pourquoi vous vous êtes engagés dans cet organisme ?	
Formation	<u>L'approche communautaire</u> Etes-vous intervenus en vous basant sur des principes, des approches particulières ?	Cours à l'université, recherches personnelles ?
	<u>La RBC</u> Utilisez vous le principe de RBC ? Pouvez vous me le décrire en quelques mots Comment avez-vous connu le principe de RBC ? Est-ce que cette approche vous a apporté des aides supplémentaires pour intervenir (informations internationales, prouvées...) ?	
	<u>Si aucune approche utilisée,</u> Utilisez vous un modèle spécifique à la kinésithérapie pour intervenir auprès de ces personnes ? Mettez-vous à jour des nouvelles directives internationales pour développer la prise en charge du handicap dans ces pays ? Si oui, pourquoi, que trouvez vous d'utile à cela ?	
L'intervention	<u>Concernant le partenariat avec les professionnels sur place :</u> Avec quels professionnels intervenez-vous ? Quels étaient leurs objectifs d'intervention ? Quel est votre vécu concernant cette collaboration ?	Cela peut être des personnes formées sur place sans formation théorique et diplômes.

	<u>Concernant votre pratique :</u> Auprès de quelle population êtes-vous intervenu ? Quelle étaient leurs conditions de vie ? Quels ont été vos objectifs lors de votre intervention ? Les avez-vous atteints ? Si non, pourquoi ? Pouvez-vous faire autrement ou plus pour y parvenir ? Quels ont été les freins ? Quelles étaient vos attentes ? Quels ont été les résultats ou les déceptions ? Quelles étaient les pathologies les plus fréquentes qui nécessitaient votre intervention ? Racontez-moi les projets que vous avez mis en place, pourquoi et comment ? Voulez-vous en faire d'autres ? Avez-vous pu mettre en place de la rééducation ? Si oui, de quelle sorte ? Si non, pourquoi ? Que pouviez-vous modifier pour y arriver ? <u>La participation et la culture</u> <i>Vous avez été / vous êtes confrontés à une population « étrangère » et une nouvelle culture :</i> - Ces divergences ont-elles un impact sur l'accompagnement ? Si oui, donnez-moi un exemple ? - Ces difficultés vous frustrant dans votre pratique ? Qu'avez-vous fait pour surmonter cette frustration ? Concernant la participation des bénéficiaires, trouvaient-ils un intérêt à votre intervention en tant que médecin ?	A quels types de difficultés vous heurtez-vous ?
Les représentations sociales	D'après votre expérience, quels ont été les freins sociaux, les mythes qui ont freiné vos actions de rééducation ? D'après vous, comment qualifiez-vous la participation dans les activités de vie quotidienne des personnes lorsqu'elles sont en situation de handicap, à leur domicile, travail ? Dans votre pratique, avez-vous utilisé des méthodes et stratégies pour aller au delà des représentations sociales et culturelle pour permettre une prise en soin efficiente ? Comment se nomment les personnes en situation de handicap dans la société ? Est-ce qu'un terme précis est utilisé (handicapé, fou...) ?	
L'accès à la santé	D'après vous quels sont les facteurs qui empêchent l'accès à la santé de la population que vous avez pris en charge ? (Les représentations sociales, l'accessibilité, le coût, les gouvernements ...) Comment rencontrez-vous les personnes (domicile, centre...) ? Etiez-vous la seule professionnelle à se rendre disponible pour faire du domicile ?	

Annexe G : Grille d'analyse

Thèmes	Sous-thèmes	Indicateurs	E1	E2	E3	MK1	MD1	Convergences	Divergences
Parcours de la personne	Diplôme	Localisation et temporalité							
	Secteurs travaillés								
	Implication dans un projet communautaire	Temporalité							
L'utilisation de la théorie	Formations théoriques	L'approche communautaire							
		La RBC							
		Autres							
	Formations pratiques	Par les études ou les associations							
	Aucune approche de référence utilisée	Pourquoi ?							
	Vigilance entre la théorie occidentale et celle africaine								
	Directives internationales	Utilisation							
		Connaissance							
	Modèles conceptuels	Utilisation							
Intervention sur place	Les structures	Types de structures							

		Leurs axes d'interventions							
		Le système de financement							
		Impact de la structure							
	Les autres professionnels présents	Statuts							
		Rôle / Objectifs							
	Collaboration entre la personne interrogée et les autres professionnels sur place								
	Les valeurs et façons de pratiquer des professionnels sur place	Divergences							
	La pratique du participant	Son rôle							
		Les objectifs réels							
		Points de réussite							
		Difficultés							
		Echec / déception							
		Analyse de sa pratique							

		Les projets mis en place							
		Aller à la rencontre de personnes ne connaissant pas la structure et ayant besoin							
Les représentations culturelles et sociales		Pas de difficultés							
		Divergences de points de vue (hors difficultés)							
	Celles freinant la rééducation	Méthodes mises en place pour limiter les freins							
		Freins sociaux							
		Croyances							
	La vision du handicap	Place dans la société (inclut ou caché)							
		Interprétation de la pathologie et nom donné							
		L'évolution de la vision du handicap							
Les bénéficiaires	La population								
	Provenance des personnes								
	La participation des bénéficiaires lors des interventions	Compréhension du métier ergo							

	-->Les Facteurs qui empêchent la prise en charge	Participation pendant les séances							
		Refus de soins							
		La disponibilité des bénéficiaires							
L'accès aux soins de santé	Facteurs qui empêchent la prise en charge	Météorologique							
		Economique							
		La famille							
		La politique, le gouvernement							
		Le matériel							
		Le transport							
		La connaissance des centres/associations disponibles Ou d'un réseau communautaire							
		Connaissance du handicap							
	La disponibilité des professionnels de santé pour la population en situation de handicap et pauvre Disponibilité de s'engager dans des projets communautaires								

RESUMÉ

L'ergothérapie et l'approche de réadaptation communautaire en Afrique de l'Ouest pour les personnes en situation de handicap freinées dans l'accès aux soins.

Introduction : En Afrique de l'Ouest, une situation de handicap semble amener à la perte du travail, de son statut social et de ses activités quotidiennes. De plus, les représentations sociales du handicap ne seraient pas assez développées pour inclure les personnes en situation de handicap dans la communauté et la vie active. L'OMS appelle à la mobilisation de tous les secteurs pour permettre un accès aux soins pour les populations au niveau de qualité de vie basse dans les pays en voie de développement.

Problématique : Comment les approches de réadaptation communautaires se développent-elles en Afrique de l'Ouest en intégrant l'ergothérapie et les conditions actuelles d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ?

Méthode : Une méthode qualitative et exploratoire a été menée sous forme d'entretiens semi-dirigés par vidéo-conférence auprès de cinq professionnels de la santé : trois ergothérapeutes, un médecin et une kinésithérapeute. Les professionnels ont tous travaillé au minimum deux mois au Togo ou en Côte d'Ivoire.

Résultats : Les résultats ont montré que seulement deux ergothérapeutes étaient au courant du concept d'approche de réadaptation communautaire. Mais les autres professionnels sont intéressés par le développement de ces approches inclusive et durables. De nombreux exemples de pratique ont été rapportés pour comprendre les conditions actuelles d'accès aux soins des personnes en situation de handicap en Afrique de l'Ouest. Des freins environnement et sociaux ont été indiqués rejoignant tous le facteur prépondérant : le facteur économique.

Discussion : Quand bien même tous les praticiens n'ont connaissance de la « théorie », ils finissent par l'appliquer par nécessité pour assurer des soins corrects au sein de la communauté. Ce qui témoigne de l'intérêt fondamental de ces approches. A ce jour, il semble qu'utiliser l'approche de réadaptation communautaire serait la solution privilégiée pour développer la participation et l'empowerment des communautés. Cela permettrait un accès minimal aux soins et de diminuer des obstacles majeurs responsables d'exclusion.

Mots-clés : Ergothérapie, personne en situation de handicap, approche de réadaptation communautaire, RBC, Afrique de l'Ouest, représentation sociale, accès aux soins, déterminants sociaux, déterminants environnementaux.

ABSTRACT

Occupational therapy and community rehabilitation programs in West Africa for people with disabilities restrained in health care access.

Background: In West Africa, jobs, status and daily life activities are lost when adults have disabilities. Furthermore, social representation of disability is not currently developed enough to include adults with disabilities in communities and active life.

Purpose: This study aims to investigate how are community rehabilitation programs developing in West Africa including occupational therapy and current health care access conditions for people with disabilities?

Methods: An exploratory qualitative research was conducted. Semi-directed interviews were carried out by video-call with three French occupational therapists (OT), one physiotherapist and one physician. These professionals had previous work experience with destitute populations from Togo or Ivory Coast. All of them worked in different settings.

Results: Two OT knew about community rehabilitation programs. Other participants showed interest in developing the link between care facilities but professionals could not do this on their own. A healthcare network was mentioned but only between doctors, not with allied health professionals. According to all participants, economic factors prevented health care access, which impacted patient's regularity and nursing care. Family (social representations and beliefs), material (availability and quality) and transport (costs and conditions) conducted to health care exclusion.

Conclusion: To conclude this study, barriers are defined and real on health care access. Nevertheless, the concept of disability is developing and democratized. Population is involved about new projects for their community but the improvement is slow. Therefore, search if the occidental occupational therapist's practice will be as different as the practice in West-Africa and how the population sees the development of community rehabilitation program, may be interesting to investigate.

Key words: Health care access, West-Africa, disabilities, occupational therapy, social determining factors, social representation, population, RBC.