



**RAPPORT DU DIAGNOSTIC LOCAL INCLUSIF DU VILLAGE DE
MISSION TOVE
(REGION MARITIME)**



Décembre 2008

Présenté par Bénédicte LARE

Animatrice, Projet/DECISIPH

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I.- METHODOLOGIE.....	6
1. 1 Le diagnostic global	7
1.2 Le diagnostic handicap	8
1.2.1 Elaboration des outils	8
1.2.2. Collecte des informations.....	9
1.2.2.1 les entretiens individuels	10
1.2.2.2 Le focus group	12
1.2.3. - Analyse des données.....	12
II.- RESULTATS.....	13
2.1.- Difficultés des PSH	14
2.1.1.- Au niveau individuel	14
2.1.1.1.- Par rapport à l'éducation	14
2.1.1.2- Par rapport à la prise en charge de la santé des PSH	17
2.1.1.3.- Par rapport à l'insertion professionnelle des PSH	18
2.1.1.4 Par rapport aux habitudes de vie	21
A. Accessibilité / Déplacement	22
B. Hygiène de la vie et Responsabilités familiales	24
2.1.2.- Au niveau de la famille	24
2.1.3.- Au niveau communautaire.....	26
2.1.3.1-Handicap et développement communautaire	26
2.1.3.2-Handicap et surnoms.....	27
2.1.3.3 - Handicap et croyances populaires.....	28
2.1.3.4- Handicap et privilèges	28
2.1.4 Au niveau du groupement de PSH « MAWUKO »	29
2.2- Plan d'action villageois inclusif.....	30
2.2.1- Méthodologie	33
2.2.2- Résultats des concertations.....	33
2.2.2.1- Problèmes et atouts	35
2.2.2.2- Priorisation des problèmes.....	33
2.2.2.3- Analyse des problèmes prioritaires.....	38
2.2.2.4- Analyse des objectifs	40
III.- ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS.....	47
3.1- Au niveau individuelle.....	47
3.1.1- Au niveau de l'éducation.....	47
3.1.2 – Au niveau de la santé	48
3.1.3- Au niveau de l'emploi.....	49
3.1.4- Au niveau des habitudes de vie.....	49
3.2 - Au niveau de la famille.....	50
3.3 - Au niveau communautaire	50
3.4- Au niveau du groupement MAWUKO	50
3.5- Au niveau du Plan d'Action Villageois.....	51
CONCLUSION	53
ANNEXES.....	54

SIGLES ET ACRONYMES

Sigles acronymes	:	Définitions
CE	:	Comité Eau
APAPE	:	Association des Parents et Amis des Personnes Encephalopathes
APE	:	Association des Parents d'Elèves
CDQ	:	Comité de Développement de Quartier
COGES	:	Comité de Gestion de Santé
COOPEC	:	Coopérative d'Epargne et de Crédit
CRZ	:	Centre Rizicole du Zio
CAP	:	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CVD	:	Comité Villageois de Développement
DFID	:	Department For International Development
DP	:	Diagnostic Participatif
DPS	:	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
DRAEP	:	Direction Régionale de l'Agriculture Elevage et Pêche
EPC	:	Ecole Primaire Catholique
EPE	:	Ecole Primaire Evangélique
EPP	:	Ecole Primaire Publique
FUCEC	:	Fédération des Unions des Coopératives d'Epargne et de Crédit
ICAT	:	Institut de Conseil et d'Appui Technique
IDH	:	Indicateur de Développement Humain
IDH/VOVO	:	Investir Dans l'Humain
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PADIV	:	Projet d'Appui au Développement Intégré de la Vallée de Zio
PARTAM	:	Projet d'Aménagement et de Réhabilitation des Terres Agricole de la zone de Mission Tové
PAV	:	Plan d'Action Villageois
PSH	:	Personne en Situation de Handicap
USP	:	Unité de Soins Périphériques
SYNCOUTA	:	Syndicat des Couturiers et Tailleurs
SYNACOIFTO	:	Syndicat des Coiffeurs/euses du Togo
USAID	:	United State Agency for International Development
IB	:	Initiative de Bamako
BAC	:	Baccalauréat 2 ^{ème} partie
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
PAQ	:	Plan d'Actions de Quartiers
ASC	:	Agents de Santé Communautaire

CNDH/SL : Commission Nationale des Droits de l'homme/Section Locale

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX	TITRES
Tableau N°1	Acteurs à enquêter et questions principales
Tableau N°2	Répartition des interviewés par sexe
Tableau N°3	Répartition des interviewés par type de handicap
Tableau N°4	Répartition des interviewés par activité
Tableau N°5	Répartition par activité
Tableau N°6	Priorisation des problèmes
Tableau N°7	Analyse des problèmes prioritaires
Tableau N°8	Analyse des objectifs sur trois ans
Tableau N°9	Planification des activités 2009-2011

INTRODUCTION

Dans les pays en développement, les PSH et en particulier les femmes, sont souvent, les plus défavorisées et les plus exclues de la société. Il existe un lien fort entre pauvreté et handicap (DFID 2000). Selon la Banque Mondiale, les personnes handicapées représentent près de 20 % des personnes les plus pauvres et plus de 50 % des handicaps sont directement liés à la pauvreté. Parallèlement, les PSH sont confrontées à des situations de marginalisation et de discrimination importantes, en termes d'accès à l'éducation ou à l'emploi par exemple.

D'après une étude du PNUD de 1998, le taux d'alphabétisme mondial pour les adultes handicapés ne dépasserait pas 3 % (1 % pour les femmes en situation de handicap) et le chômage atteindrait 80 % dans certains pays pour ces personnes. Les employeurs considèrent bien souvent les PSH comme incapables de travailler et les familles jugent inutile d'envoyer les enfants en situation de handicap à l'école.

Pour apporter sa pierre à l'épanouissement de la PSH, Handicap International s'est installé au Togo en 1997 et mène des actions pour soutenir l'approche inclusive des PSH dans le pays, faciliter leur accès à la réadaptation et renforcer leurs capacités d'intégration socio-économique dans la communauté.

Pour atteindre ses objectifs, HI a mis en œuvre le projet « Droit, Egalité, Citoyenneté, Solidarité, Inclusion des Personnes Handicapées (DECISIPH) » au sein de son programme. Ce projet est sous régional, regroupant 6 pays de l'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Burkina Faso, Mali, Niger, Sierra Leone et Togo). Il a une durée de trois ans (janvier 2008 à décembre 2010).

L'objectif global du projet est de contribuer à l'égalité en droit des Personnes en situation de handicap (PSH) aux autres citoyens et à leur pleine participation dans la société en Afrique de l'Ouest et plus particulièrement dans chacun des pays concernés.

Plus spécifiquement, il s'agira « grâce à une capacité accrue d'intervention individuelle et collective des organisations des Personnes en situation de handicap (OPH) de l'Afrique de l'Ouest de renforcer leur représentativité et leur participation citoyenne afin d'influer sur les politiques publiques nationales et locales et sur les stratégies des

acteurs de développement dans les domaines de la promotion et de la mise en œuvre des droits des PSH. »

Au Togo, le projet couvre tout le pays pour certaines activités.

Par contre, il intervient seulement au niveau de deux localités : dans les Régions Maritime et Savanes pour réaliser des diagnostics participatifs et appuyer à la mise en œuvre de microprojets de développement inclusif.

Le présent rapport présente donc les résultats du diagnostic local participatif du village de Mission Tové dont l'objectif est de réaliser et d'analyser l'état de la situation et des difficultés des PSH. Il s'articule autour de quatre points à savoir : la méthodologie adoptée pour collecter les informations, les résultats obtenus et analyse des résultats et enfin la conclusion et les recommandations.

I.- METHODOLOGIE

Suite à l'atelier de lancement officiel du projet, le 08 Mai 2008 à la Salle CEDEAO du CASEF à Lomé, les localités pour les diagnostics ont été identifiées par les partenaires des Régions des Savanes et Maritime invités à cette rencontre. La planification a été aussitôt élaborée de la manière suivante :

1 ère phase : juillet à septembre 2008 : réalisation du diagnostic global sur le village de Mission Tové

2^{ème} phase : octobre à novembre 2008 : diagnostic local inclusif.

1. 1 Le diagnostic global

Le diagnostic global de mission Tové a été réalisé par l'Animatrice des diagnostics participatifs et s'est articulé autour des étapes suivantes :

- ❖ Identification des acteurs présents ou intervenants dans le village ;
- ❖ Mise en place du Comité de Pilotage du diagnostic. Il a été mis en place le 1er juillet 2008 en présence de la l'équipe du projet DECISIPH, de la FETAPH, de la DPH, du représentant du chef canton et tous ses notables, du président du CVD, des présidents des CDQ, ainsi que tous les acteurs pré identifiés dans les visites exploratoires (confer liste des membres du Comité de Pilotage en annexe No I). Au cours de ce lancement, le chef de projet a saisi l'occasion pour expliquer à toute l'assistance les objectifs du projet DECISIPH et celui du DLI. Il a également expliqué les critères qui ont orienté le choix du village de Mission Tové dans la Région Maritime. Enfin, il a expliqué la nécessité d'installer un comité de pilotage, sa composition et le rôle qui devrait lui être assigné.
- ❖ Mise en place du Bureau du comité de pilotage et lancement officiel du diagnostic. Etaient présents, les différents acteurs cités ci-dessus et toute la population.
- ❖ Collecte des données et informations primaires et secondaires sur d'abord la région, la préfecture, le canton puis enfin sur le village de Mission Tové.
- ❖ Traitement des données et informations et rédaction du rapport de diagnostic global. Ce rapport dresse un état des lieux global de la situation du village de Mission Tové (cf rapport diagnostic global en Annexe No II).

1.2 Le diagnostic handicap

Pour réaliser au mieux le diagnostic handicap, l'équipe a reçu une mission du référent technique DLI et Accessibilité venu du siège de Handicap International. Cette mission s'est tenue du 23 septembre au 02 octobre 2008.

L'objectif principal de cette mission était d'apporter un appui technique et méthodologique à l'équipe DECISIPH en général et en particulier à l'animatrice dans la réalisation de cette activité notamment la définition d'approches, principes d'analyse, choix des acteurs et la concertation pour l'élaboration du plan d'action villageois.

1.2.1 Elaboration des outils

Avec l'appui du référent technique, les acteurs à enquêter ont été identifiés à partir du diagnostic global et, les grilles de collecte d'information ont été élaborées selon le tableau ci-dessous.

Tableau N° 1 : Acteurs à enquêter et questions principales

Acteurs à enquêter	Question principale
Les Autorités locales : Le Comité Villageois de Développement, le Canton et la Préfecture de Tsévié	Comment le handicap est intégré dans les politiques et actions de développement local ?
Responsable de l'Unité de Soins Périphérique Direction Préfectorale de la Santé	Quel moyen existant pour la prévention des déficiences et l'accès aux soins pour les PSH ?
Les directeurs d'écoles primaires et des collèges et lycée, l'Association des parents d'élèves, le Comité d'alphabétisation, le Rotary Club	Quels moyens existants pour l'accès à l'école pour tous ? Quels moyens à mettre en place ?
Les responsables des IMF intervenant dans le village: Fédération des Unions des Coopératives d'Epargne et de Crédit (FUCEC/TOGO) basé à Tsévié et Investir Dans l'Humain (IDH/VOVO) implanté dans le village	Quelle possibilité d'accès au micro crédit pour les PSH?
Eglise évangélique presbytérienne	Quelle vision, quelle approche du handicap de la part de l'église ? Approche charité/assistanat ? Quelles actions déjà réalisées ?
Le Comité eau, le Rotary Club et l'ONG MECAP-FR	Quelle prise en compte du handicap en termes d'accessibilité ?
Le CNDH (comité national des droits de l'homme) implanté dans le village	Quel partenariat avec le groupement pour la promotion des droits des PSH ?
Membres Groupement des PSH « MAWUKO »	Quelles forces/faiblesses ?
APAPE Association des parents et amis des personnes encéphalopathes	Quelles forces/faiblesses ?

1.2.2. Collecte des informations

La collecte des informations a été faite soit individuellement (les PSH, les autorités locales...) ou collectivement (ex : avec tous les membres du groupement MAWUKO ou en focus group).

1.2.2.1. les entretiens individuels

Pour la collecte des informations, des rendez-vous ont été pris par des appels téléphoniques et/ou des déplacements vers les intéressés. Elle a duré 17 jours étendus du 06 au 24 octobre 2008, sauf les lundis à cause des réunions du programme.

Avec les grilles individuelles déjà élaborées, des entretiens à domicile pour toutes les PSH ont été réalisées. Ces PSH sont membres ou non du groupement MAWUKO (groupement des PSH de Mission Tové). Ensuite, la collecte s'est poursuivie sur les lieux de travail avec les autres acteurs (directeurs des écoles, préfet, infirmière de l'USP, le président du comité des parents d'élèves, le chef canton, le directeur de l'IMF IDH/VOVO, le pasteur de l'église évangélique, APAPE...).

IMF : Institut de Micro Finance (à définir dans la partie acronymes)

Entretien de l'animatrice avec une Personne en situation de handicap (à gauche) accompagnée du secrétaire du groupement des PSH « MAWUKO »



Entretien de l'animatrice dans une famille où cette petite fille a une déficience auditive

1.2.2.2. Le focus group

Un focus group a été organisé et animé par l'animatrice le 28 octobre 2008 sous forme d'un brainstorming. Il était composé de 10 personnes (5 femmes et 5 hommes) comprenant des PSH sélectionnées sur la base des enquêtes individuelles. Ce focus group a permis d'obtenir des données qualitatives portant sur les thèmes suivants :

- Définition de la situation de handicap (qu'est-ce que c'est que le handicap pour les participants ?)
- Causes du handicap (causes de la déficience des PSH, ex : causes héréditaires, suite à une maladie, à un accident etc.) ;
- Famille (quel est le rapport avec la famille d'origine, solidarité de la famille, aide, marginalisation, position de la PSH dans sa propre famille...)
- Société (regard de la société vis à vis du handicap, rapports sociaux...)
- Education (accès à la formation, accessibilité des bâtiments, intégration ou marginalisation des PSH, attitude des enseignants et des élèves...)
- Accessibilité aux puits, aux bornes fontaines, aux latrines ;
- Santé (accès aux soins à l'USP, système de tarification, attitude du personnel soignant...).

Les débats ont suscité des analyses plus riches que celles individuellement recueillies.

1.2.3. - Analyse des données

Après la collecte de toutes ces informations individuelles et collectives, l'animatrice a pris deux semaines, du 29 octobre au 14 novembre 2008 pour faire le dépouillement et le traitement des informations.

Rappelons qu'il s'agit d'un rapport qualitatif mettant en exergue les difficultés rencontrées par les PSH au niveau individuel, familial et communautaire.

II.- RESULTATS

Les résultats que nous présentons ici ne sont pas généralisables à toute la population de PSH de Mission Tové car ils n'ont pas été obtenus sur la base d'un échantillonnage représentatif des PSH.

La collecte des informations s'est faite auprès d'une vingtaine de PSH (douze à déficience motrice, trois à déficience auditive, trois à déficience visuelle et deux IMC), et d'une vingtaine d'acteurs locaux et autorités locales pour recueillir leur perception sur le handicap. Ci-dessous le nombre de PSH interviewés par sexe, par type de handicap et par activité :

Tableau 2 : Répartition des interviewés par sexe

Sexe	Nombre
Hommes	10
Femmes	05
Enfants/Jeunes	05
Total	20

Tableau 3 : Répartition des interviewés par type de handicap

Type de handicap	Nombre
Moteur	12
Visuel	03
Auditif	03
IMC	02
Total	20

Tableau 4 : Répartition des interviewés par activité

Activité	Nombre
Petit commerce	05
Couture	03
Coiffure	02
Cordonnerie	02
Dépannage radio	01
Catéchisme	01
Mendicité	02
Sans activité (enfants)	04
Total	20

2.1.- Difficultés des PSH

L'objectif majeur de ce diagnostic est de mieux faire apparaître les difficultés face auxquelles les personnes handicapées sont confrontées quotidiennement et ceci à plusieurs niveaux :

2.1.1.- Au niveau individuel

La définition du handicap a été l'une des préoccupations recherchée auprès des personnes interviewées. Pour la plupart des PSH et aussi toutes les autorités locales et acteurs de développement intervenant dans le village *« une personne handicapée est une personne malade, qui a un manque par rapport aux autres ; c'est aussi une personne incapable de faire quelque chose et a toujours besoin d'être aidé par tout le monde »* ; c'est encore *« une personne pas comme les autres qui a besoin d'être soutenue et aidée par ses proches »*.

Par contre sur les vingt PSH rencontrées, seulement deux qui sont plus ou moins allées à l'école et qui sont membres du bureau du groupement des PSH disent plutôt que *« Etre une personne handicapée, c'est être une personne comme les autres mais ayant perdu certaines capacités ou facilités »*.

Quelque soit la définition du handicap donnée, la personne handicapée de Mission Tové individuellement prise traverse des difficultés liées à l'éducation, à la prise en charge de sa santé et à son insertion professionnelle.

En conclusion, il apparaît que la société (y compris les PSH elles mêmes) ne voit pas la PSH comme égale aux autres.

2.1.1.1.- Par rapport à l'éducation

L'éducation en général, reste encore une difficulté réelle pour les parents qui n'arrivent pas à envoyer leurs enfants valides comme handicapés à l'école. Au regard de la perception du handicap par les personnes interviewées, il est difficile à un parent d'envoyer son enfant handicapé à l'école. En plus, l'inaccessibilité des infrastructures et l'inadaptation des équipements didactiques, le manque d'enseignants compétents à enseigner les enfants en situation de handicap sont des facteurs démotivants. Enfin, les difficultés financières que connaissent les populations de la localité sont également un facteur clé qui limite la scolarisation des enfants en général et plus particulièrement les enfants en situation de handicap.

Ainsi, de toutes les PSH rencontrées, une seule a pu atteindre le secondaire (niveau première) mais elle a dû abandonner pour deux raisons :

- la distance entre son domicile et le lycée alors qu'elle n'avait pas de tricycle et,
- le manque de moyen financier des parents.

D'ailleurs, selon la plupart des PSH rencontrée, c'est la mère de ce dernier qui a toujours subvenu à ses besoins mais ses moyens financiers étant limités, elle a dû lui demander d'abandonner.

Une autre PSH a abandonné en classe de 5^{ème} parce qu'elle ne bénéficiait d'aucun soutien moral de la part de ses camarades de classe dont certains même ont refusé de rester sur le banc avec lui. Ils trouvaient anormal qu'une PSH se « gêne » à aller à l'école d'autant plus qu'il est considéré comme un « malade ».

Toutes les femmes handicapées que nous avons rencontrées sont analphabètes. Elles expliquent cette situation par les discriminations qui existaient à leur époque à scolariser même les filles valides. Quelques unes ont refusé d'elles-mêmes de se rendre à l'école parce qu'elles avaient honte de leur situation d'handicap et n'acceptaient même pas sortir en public.

Aujourd'hui encore, même si certains parents scolarisent leurs enfants en situation de handicap, c'est sans la conviction que ces enfants deviendront des cadres ou du moins pourront être employés à la fin de leurs études.

Sur les vingt PSH rencontrées, quatorze regrettent ne pas être ou avoir été scolarisées car le handicap n'est pas à lui seul un obstacle à l'éducation. L'exemple de la seule PSH instruite qui est très souvent sollicitée pour lire ou rédiger des lettres témoigne de l'utilité selon elles d'être instruites et d'éviter d'être dans tous les domaines en dépendance des autres.

Dix-huit parmi elles se sentent capables de travailler comme les autres si on leur offre un minimum de conditions adaptées à leur situation.

Enfin, trois enfants déficients auditifs se sont vus refuser leur inscription dans des écoles au cours de la rentrée scolaire 2007-2008. Des enseignants ont même tenu des propos injurieux à leur endroit. En focus group, les enseignants présents l'ont reconnu. Ils ont expliqué la situation par leur manque de connaissance pour la prise en charge éducative spécifique des Enfants en Situation de Handicap (ESH) et pour leur intégration dans les classes.

Il faut noter également que trois écoles sont situées au bord de la route qui traverse tout le village et qui est très fréquentée. Cependant, aucune mesure de sécurité n'est prise pour sécuriser le passage des élèves. Aussi, aucune de ces écoles n'est dotée de rampes d'accès pour les ESH, même si certaines d'entre elles sont de plein pied.

En résumé, il est difficile aux parents d'enfants en général et à ceux des ESH en particulier d'envoyer leurs enfants à l'école pour des raisons financières, d'accessibilité des écoles et de compétence des enseignants à s'occuper des ESH. Aussi, l'attitude négative de la société vis-à-vis des ESH constitue un frein à leur scolarisation.



Bâtiment scolaire utilisé de l'école primaire publique de Mission Tové

2.1.1.2- Par rapport à la prise en charge de la santé des PSH

Les PSH de Mission Tové vont très rarement à l'Unité de Soins Périphérique et presque jamais dans les hôpitaux. En fait, c'est une réalité qui ne concerne pas les PSH seulement mais toute la population de ce milieu. Plusieurs raisons expliquent cela :

- Les raisons économiques sont celles soulevées par la majorité des PSH rencontrés. Ils se soignent très souvent avec les médicaments de la rue ou des plantes. Certaines même affirment n'être « jamais » tombés malade.
- Les femmes handicapées enceintes ne bénéficient d'aucune prise en charge particulière quand elles vont aux consultations prénatales. Du coup, elles préfèrent ne pas s'y rendre.
- Comme toutes les USP du Togo, L'USP de Mission Tové n'a pas de service spécialisé pour les PSH et il n'existe aucun autre centre pour les PSH dans le village et au-delà dans toute la préfecture. La pharmacie est dépourvue de médicaments et le laboratoire n'est pas fonctionnel. Pour toute analyse, il faut renvoyer le malade au chef lieu de la préfecture c'est-à-dire Tsévié située à 15 km du village en passant par le pont d'Assomé qui est actuellement coupé à cause des inondations du mois d'août 2008. Le seul détour possible est de passer par Lomé (situé à 30 km de Mission Tové). Ainsi, les PSH en particulier et la population en général ne voient pas trop l'importance d'aller à l'USP où on ne peut pas être bien pris en charge (manque de matériel de consultation, d'analyses et de médicaments)
- La population de Mission Tové est très attachée au culte des ancêtres ; les trois quarts sont des animistes et chaque maladie trouve sa cause dans le surnaturel et doit par conséquent être soignée avec des immolations et des sacrifices d'animaux. C'est donc plus naturel pour la PSH d'aller de féticheur en féticheur pour rechercher les causes de son handicap ou de sa maladie que d'aller à l'USP ou à l'hôpital. Cela est d'autant plus vrai lorsque le handicap intervient au cours de la vie de la personne ; c'est la conviction de la majorité des PSH rencontrés.

Les quelques PSH qui se rendent à l'USP (cinq sur les vingt interviewés) disent être très souvent accompagnés par un membre de leur famille. Elles sont également bien accueillies par le personnel soignant.

Cependant, il n'y a aucune prise en charge particulière : elles payent leurs consultations et leurs médicaments comme tout malade.

Par contre, une femme handicapée qui va souvent à Lomé pour mendier affirme qu'elle et ses enfants sont toujours pris en charge au CHU Tokoin avec l'intervention du service social de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale de Hanoukopé (Lomé). Elle affirme qu'elle a été hospitalisée plus d'une fois gratuitement.

Dix PSH motrices sur douze interrogées sur les causes de leur incapacité disent qu'elles ont perdu le bon usage d'un de leur membre inférieur après avoir subi une injection intramusculaire. Parmi eux, certains expliquent que c'est à la suite d'une fièvre qu'elles ont été conduites au dispensaire pour se faire soigner.

Toutes les PSH motrices rencontrées à Mission Tové tiennent ces propos de leurs parents car ils étaient encore tous petits lorsqu'ils ont perdu leur motricité (entre 1 et 7ans).

Le onzième cas de déficience motrice (perte intégrale d'un membre inférieur) affirme avoir eu son handicap suite à un accident de travail non traité. En effet, il était un menuisier quand il s'est fait piqué par un clou au pied. Ayant banalisé la plaie, elle s'est infectée et on a dû l'amputer. Enfin le douzième cas a été également une amputation suite à une infection liée au diabète.

Seulement trois PSH sur les vingt interviewées dans le village pense avec conviction que leur déficience s'explique par le surnaturel : réincarnation, envoûtements ou sorcellerie.

Nous pouvons retenir qu'à Mission Tové, qu'on soit PSH ou pas, tout le monde croît fermement à la médecine traditionnelle pour être guéri de sa maladie surtout que la situation financière est difficile. On pense que le handicap a pour origine la sorcellerie, l'envoûtement. Les PSH ne disposent pas de prise en charge particulière formellement établie dans les USP.

2.1.1.3.- Par rapport à l'insertion professionnelle des PSH

Aucune PSH dans le village n'exerce une fonction administrative. Une seule PSH qui est Catéchiste dans l'église évangélique presbytérienne est payée mensuellement.

Treize PSH sur les vingt interviewées exercent une activité comme la couture, la coiffure, la cordonnerie, le petit commerce. La majorité l'exerce sans avoir eu une formation dans un centre ou auprès d'un patron.

Ils le font par imitation mais cela leur permet tout de même de subvenir au minimum à leurs besoins et d'être ainsi moins soucieux de leur situation de handicap.

Mais l'exercice de leurs fonctions n'est pas toujours facile car elles sont limitées dans leurs déplacements soit pour la recherche de la clientèle (cas des coiffeurs, des couturiers et dépanneurs de radio) ou pour transporter les marchandises jusqu'aux lieux de vente (cas du petit commerce). Pour ce faire, elles sont souvent obligées de louer les services des proches ou demander de l'aide de leurs enfants.

Faute de moyens pour s'acheter du matériel de travail, certaines PSH sont obligées de les louer pour pouvoir travailler (machine à coudre). Certaines personnes refusent de leur confier du travail à cause de leur manque de compétence. Pourtant personne parmi elles ne désespère et toutes souhaitent voir leur activité s'améliorer.

Quelques PSH n'ont aucune activité et vivent au dépend de leurs parents. C'est surtout les enfants et les jeunes de moins de 18 ans.

La mendicité est reconnue par deux PSH enquêtées comme étant leur seule source de revenu. Ainsi, elles ont fait de la mendicité une profession. Elles quittent le village pour aller à Lomé par les taxis brousse. Elles passent la nuit autour des mosquées et rejoignent les carrefours tous les matins pour mendier. C'est surtout le cas des PSH qui ont perdu leurs parents et qui n'ont vraiment personne pour s'occuper de leurs besoins prioritaires.

Les autorités locales et les autres acteurs rencontrés disent avoir pitié quand elles voient les PSH mendier, ainsi il leur arrive s'ils en ont les moyens de leur donner de l'argent.

Pour la presque totalité des PSH rencontrées, « la pire des déficiences » est la déficience visuelle, vient après la déficience motrice et en dernier la déficience mentale.

Pourtant, parmi les Personnes présentant une déficience visuelle rencontrées, une tisse des cordes qu'elle vend.

Tout compte fait, à Mission Tové, la plus part des PSH ne reste pas les bras croisés quand il fait jour. Elles travaillent, à partir des initiatives privées, même si celles-ci ne sont pas menées avec professionnalisme. La mendicité est surtout pratiquée par des PSH orphelines. Les PSH qui mènent des activités souhaitent leur développement.



Femme en situation de handicap physique vendant le repas aux élèves



Homme handicapé moteur, tailleur à domicile



Personne handicapée auditive, cordonnier (en position assise) et son apprenti dans son atelier.

2.1.1.4 Par rapport accessibilité/ Déplacements

De toutes les PSH rencontrées, à peine les 1/5 ont un moyen de déplacement qui n'est pas toujours en bon état. Elles l'ont eu par des associations travaillant dans le domaine du handicap en l'occurrence HI, APAPE.

Mais, l'état des pistes fait que ces tricycles s'abîment très vite. Aussi, il y a une très grande sympathie et solidarité entre les PSH qui passent leurs tricycles aux autres qui n'en disposent pas pour des urgences telles que se déplacer pour aller aux réunions, à l'école....



Tricycle d'un membre du groupement MAWUKO

Certaines PSH qui ont bénéficié d'un appareil ont vu ce dernier se dégrader au point de leur donner plus de difficultés à se déplacer. Les personnes avec une déficience physique qui utilisent les béquilles ou les bâtons d'appui ne sortent pas souvent après la pluie parce que le terrain devient glissant et provoque leur chute.

En définitive, les PSH disent se déplacer très rarement. Aucun lieu public ne leur est accessible : l'USP, les écoles, les églises, le marché, la borne fontaine....



Femme handicapée avec une prothèse qui ne lui sert pratiquement plus.

L'hygiène de vie se résume au fait de pouvoir se laver, s'habiller, aller aux toilettes et manger sans avoir nécessairement besoin de l'aide. Dans ce cadre, les PSH qui ont été enquêtées confirment à plus de la moitié être indépendantes. Seules les personnes atteintes d'IMC (Infirmité Motrice Cérébrale) sont aidées par leurs parents pour mieux réaliser ces habitudes.

Les activités relatives aux responsabilités familiales concernent la préparation des repas, les soins procurés aux membres de la famille (surtout leurs enfants), la réalisation d'un travail rémunéré et la réalisation d'achats ou de courses. Pour ces habitudes également, toutes les PSH femmes enquêtées confirment le faire. Elles sont d'ailleurs toutes des responsables de familles car elles ont en moyenne trois enfants chacune.

Elles se font juste aider dans le transport ou le rapprochement auprès du fourneau des ustensiles et autres besoins pour la cuisine. La cuisine elle-même se fait sans difficulté. Elles lavent leurs enfants, les

transportent au dos. Elles mènent aussi des activités génératrices de revenu.

En général, toutes les PSH qu'elles soient hommes ou femmes éprouvent des difficultés qui sont entre autres les corvées d'eau, le transport des objets, les déplacements sur de grandes distances et dans les lieux publics non accessibles, etc.

Face à ces habitudes de vie, les trois quart des interviewés préfèrent la vie au village que celle de la ville car disent-elles au village « on est au moins soutenu par les parents et on n'a pas trop de contraintes de déplacements. On est connu de tous dans le village et on peut de temps en temps demander de l'aide. Par contre, la ville est compliquée avec les voitures, les logements très étroits et les contraintes de voisinage avec les autres locataires ; quoique les gens en ville fassent plus l'aumône qu'au village. Aussi, les PSH évoluent mieux dans leurs études quand ils vivent en ville ».

Il faut également noter que de toutes les PSH rencontrées, seuls les hommes présentant une déficience visuelle ne sont pas mariés. Ils se résignent et pensent qu'ils sont incapables de nourrir une famille car ils ne peuvent pas travailler dans le champ.

2.1.2.- Au niveau de la famille

Toutes les PSH hommes rencontrés disent « participer » aux réunions de famille lorsqu'il y a un problème de santé, de décès ou de mariage. Ils prennent la parole quand c'est nécessaire et participent aux prises de décision. Les femmes PSH n'ont pas de prise de parole comme d'ailleurs la plupart des femmes valides.

La presque totalité des PSH des deux sexes affirment ne pas être maltraitées par leur entourage et encore moins par leurs parents. Seulement, l'aide matérielle et financière est difficile si ce n'est les mamans qui à 100% subviennent à leurs besoins selon leurs moyens.

Néanmoins, deux cas d'enfants atteints d'IMC ont été abandonnés par leurs parents et récupérés par d'autres personnes. Seulement, lors de la collecte des informations, il a été ressorti qu'ils ne sont pas souvent bien traités (refus de leur donner à manger ou de leur donner leur bain journalier par exemple).

A la question de savoir s'il leur arrive certaines fois d'être négligées, elles ont toutes reconnu que « ce n'est pas du tout facile de dépendre des gens et que c'est normal qu'elles soient quelques fois négligées ou laissées pour compte ».

Quand cela arrive, il y a plus de la moitié qui pense au suicide.

Elles disent tout faire pour ne pas gêner leur entourage. Elles écoutent tout le monde dans la famille sans pour autant être écoutées quand elles en ont besoin (ce qui n'est pas le cas avec les hommes handicapés). Elles demandent des conseils pour toute action à entreprendre, s'amuse avec les enfants quand leurs parents sont occupés aux champs. Elles reconnaissent ne jamais hausser le ton même quand il le faut car elles risquent de se voir refuser certains services qui ne leur sont pas facilement accessibles (corvées d'eau..). C'est d'ailleurs dans ce sens qu'elles disent « se respecter » c'est-à-dire qu'elles n'interviennent jamais dans les prérogatives des autres et « restent à leur place ».

Les PSH qu'elles soient hommes, femmes ou enfants disent que la famille aujourd'hui se résume au père, à la mère et aux frères consanguins. La famille élargie (cousins, tantes, oncles, neveux...) s'occupent peu d'elles surtout quand il s'agit d'aide financière : la pauvreté accentue l'individualisme dans le village.

La famille nucléaire est le seul vrai soutien des PSH. Même mariées, les femmes PSH (surtout motrices) restent dans leur famille paternelle, auprès de leur maman.

Toutes les PSH femmes rencontrées ont chacune au moins deux enfants et aucune parmi elles ne vit avec le ou l'un des pères de ses enfants au foyer. Elles acceptent de faire des enfants parce que c'est le seul signe de respect et de dignité pour une femme dans le village. Mais elles n'arrivent pas à vivre dans le foyer conjugal d'abord parce qu'elles sont dépendantes face à certaines habitudes de la vie (corvée d'eau, aller aux champs, déposer l'eau à la douche pour que le mari se lave...). Ensuite les maris ne les considèrent pas comme des femmes qui puissent leur être utiles. C'est d'ailleurs pour cela qu'elles ont toutes des coépouses. Ils disent même qu'ils leur rendent un grand service en acceptant leur faire des enfants.

Par contre sur les sept PSH motrices hommes interviewés, cinq déclarent être plus à l'aise une fois qu'ils se sont mariés. C'est désormais leurs femmes qui font tout pour leur épanouissement et du coup, ils prennent même deux voire trois femmes. Mais, pour gagner une femme justement, toutes ces PSH motrices doivent avoir un travail rémunérateur. Celles que nous avons pu rencontrer au cours de ce

diagnostic sont soit des tailleurs, des cordonniers et des dépanneurs de radio. Les deux autres sont divorcés : les femmes les ont quittés après avoir fait un ou deux enfants pour des raisons non expliquées.

Une fille souffrant d'une IMC a été abandonnée auprès de sa grand-mère maternelle parce que son père l'a reniée et sa mère en se remariant n'a pas voulu la garder auprès d'elle. En interviewant la grand-mère sur l'attitude de sa petite fille, elle a reconnu qu'il aurait été difficile à sa fille d'avoir un autre mari si elle gardait l'enfant avec elle.

Les PSH (femme ou homme) ne sont pas considérées au même titre que d'autres personnes. La compassion, l'humanisme et la solidarité est de plus en plus rare dans le village à cause de la pauvreté grandissante et l'individualisme. Les PSH vivent leur vie de couple avec difficulté.



Une orpheline de douze ans souffrant d'une IMC

2.1.3.- Au niveau communautaire

2.1.3.1-Handicap et développement communautaire

Les conditions de vie ne sont pas aussi faciles pour les PSH en matière de participation au développement communautaire.

En effet, selon les interviewés (acteurs de développement et PSH), les PSH sont isolées dans la société parce qu'elles ne participent pas aux activités de développement du village. Pour les autorités locales, il s'agit « de personnes malades » à qui il ne faudrait pas demander plus d'efforts (travaux communautaires, cotisations...). Ce n'est donc plus par pitié que par rejet que ces autorités ne les intègrent pas.

Le groupement des PSH existant dans le village n'est pas considéré par le Comité Villageois de Développement comme un acteur pouvant travailler en faveur du développement du village et par conséquent il n'a jamais été invité aux réunions.

Néanmoins, une frange minoritaire de PSH affirme être dans une situation améliorée ; ceci parce qu'elles ont des potentialités qui suscitent leur demande de services ; c'est l'exemple d'une PSH moteur qui a été sollicitée par son CDQ pour être le secrétaire parce qu'elle sait lire et écrire.

2.1.3.2-Handicap et surnoms

Les PSH sont très souvent appelées ou interpellées par des surnoms qui sont en fait la description de leur handicap. Ainsi, nous entendons dire des termes comme « **NOUWOMETO** » ou « **BAFFA** », « **N'KOUVI GBANGBANTO** », « **TOKOUNON** », « **YAYINON** » et enfin « **ENOUKPEKPE** ou **TOHOSSOU** » qui signifient respectivement « infirme », « aveugle », « sourd-muet », « aliéné mental » et « monstre » (qui est en réalité consacré pour les personnes atteintes d'IMC). Cela est confirmé par plusieurs des PSH enquêtées qui souffrent de ces appellations

2.1.3.3- Handicap et croyances populaires

Les croyances autour du handicap existent, mais de nos jours peu de personnes y adhèrent à cause des sensibilisations qu'elles ont suivies, surtout les membres du groupement, mais aussi, grâce au niveau d'éducation de certaines autorités locales et certains leaders dans le village (le chef canton par exemple ne juge plus en tenant compte des croyances traditionnelles telle que la sorcellerie ou l'envoûtement). Mais au-delà du discours parfois « politiquement correct », le comportement montre tout de même une certaine marginalisation des

PHS par ces mêmes autorités. On peut se demander si ces comportements ne sont pas issus de croyances traditionnelles tenaces et tues.

Néanmoins, il existe encore une tranche de la population de Mission Tové, surtout analphabète qui a des croyances surnaturelles ou négatives sur le handicap. Cette tranche estime que les PSH sont dans cette situation « parce qu’elles sont méchantes » ou « que leurs parents ont été mauvais dans leur vie et c’est donc un châtiment de Dieu à leurs égards ». Certains attribuent le handicap à la sorcellerie, aux envoûtements ou aux mauvais sorts. Ils pensent également que les enfants souffrant d’IMC sont des enfants dont les parents ont transformés en richesse à travers des idolâtries appelées « VAUDOU ». Certains pensent plutôt que les parents des PSH (handicap de naissance ou non) ont eu des problèmes de conception et pour le résoudre, ont établi des pactes avec « des idoles » pour avoir un enfant. Ainsi, si l’enfant devient handicapé c’est parce qu’ils n’ont pas respecté les contrats avec « ces idoles » qui leur ont alors jeté ce sort.

De toutes ces croyances, celle qui revient le plus et qui met mal à l’aise toutes les PSH rencontrées est le fait de dire que c’est à cause de leur « méchanceté » ou celle de leurs parents ou encore « leur mauvais comportement » qu’elles sont dans leur situation.

Cette croyance selon les PSH rencontrées, freine beaucoup leur prise de parole dans le public surtout lors qu’il s’agit de réclamer leurs droits ou de donner leurs points de vue face à une situation ou un problème en dehors de leur famille.

Voici un témoignage d’une PSH motrice rencontrée lors des enquêtes et qui estime voir ses droits bafoués : « Un jour j’ai demandé à **mon père adoptif** de me donner une parcelle pour que j’exploite car je suis marié et j’ai deux enfants à nourrir. Il m’a répondu en ces termes : comment pourras-tu cultiver ? Tu es jaloux de tes demi-frères qui exploitent la parcelle et cela t’énerve. Je te remettrai ta parcelle mais à la condition que tu marches comme les autres. Et il continue en ces termes : Dieu n’est pas bête, il a bien fait de te rendre handicapé car si tu étais valide, tu devrais nous ennuyer dans cette maison avec tes droits » ; l’enquêté continue en disant qu’il n’a jamais bénéficié de cette parcelle. Voilà un exemple de ce que peuvent subir les PSH de Mission Tové et au-delà, de tout le Togo.

2.1.3.4- Handicap et « privilège »

Même si les PSH subissent des humiliations, ces mêmes personnes bénéficient de temps en temps de certains privilèges à cause de leur handicap. Au moins la moitié de nos enquêtés l'affirment. Ces avantages sont entre autres des dons en alimentation, en argent, la prise en charge des soins (appareillage) ou de la scolarité (fournitures scolaires) par des personnes de bonne volonté du village (membres de la même église) ou venant d'ailleurs (APAPE, HI) etc. Cela n'arrive pas souvent mais ces attentions sont ressenties comme un soulagement par les PSH rencontrées. L'exemple le plus pertinent est celui du cordonnier avec une déficience auditive qui a été pris en charge par son patron qui lui a appris ce métier.

Les fidèles des églises ou groupe religieux naissants dans le village font de temps à autres de la charité aux PSH qui en quémament (surtout à la sortie des cultes). Ces organisations religieuses sont les « Témoins de Jéhovah », « l'église de la Nouvelle Naissance » et « l'église évangélique presbytérienne ».

2.1.4 Au niveau du groupement des PSH « MAWUKO »

Le groupement MAWUKO est un groupement mixte (hommes et femmes en situation de handicap) qui n'évolue pas depuis sa création en 1997. Il compte à ce jour treize membres dont seulement neuf résidents dans le village. Les autres sont partis vivre auprès des « parents » à Lomé ; l'un d'entre eux à déficience motrice aurait trouvé un travail de bibliothécaire à Tsévié. Le groupement est formé en majorité des PSH motrices et sont peu connues des autres PSH du village.

Ils sont plus ou moins sensibilisés sur la problématique du handicap grâce à l'association APAPE mais n'ont jamais mené des actions de sensibilisations à l'égard des PSH non membres et de toute la population de leur village.

Tous les membres mènent une activité rémunératrice mais aucun parmi eux n'a bénéficié d'un appui financier.

Ils ont tenté plusieurs fois sans succès des activités collectives telles que l'élevage de la volaille, la culture de champs d'arachides et de maïs et même le maraîchage. Cela n'a pas marché selon eux à cause des vols et des coûts élevés de productions : il faut toujours payer la main d'œuvres pour les travaux champêtres ; or les membres arrivent difficilement à verser leurs cotisations mensuelles. Cela aurait été une des raisons pour certains membres de quitter le groupement.

Tous les membres du groupement sauf le président et le secrétaire sont analphabètes. Ainsi, les membres du bureau sont difficilement renouvelables car les autres s'estiment incapables de jouer leur rôle.

Le groupement a souvent rédigé des microprojets avec l'aide de APAPE mais n'a encore jamais bénéficié d'un financement ; ce qui fait que les membres de temps en temps se découragent. Mais l'ambiance conviviale qui règne entre eux les retient encore.

Le Groupement MAWUKO est réduit aux PSH motrices. Il n'est pas suffisamment organisé et s'articule autour de deux personnes seulement. Les autres s'estiment incapables de jouer un rôle parce qu'ils sont analphabètes.

2.2- Plan d'action villageois inclusif

Le village de Mission Tové avait été sélectionné lors de l'atelier de lancement du projet DECISIPH tenu en mai 2008, notamment parce qu'il existait un groupement de PH, et un Comité Villageois de Développement (CVD) et qu'il disposait d'un Plan d'Action Villageois (PAV) pluriannuel. Ce plan devait être actualisé au cours du diagnostic de façon à y intégrer les actions de développement inclusif identifiées.

Or force a été de constater au cours du processus que ce PAV n'existait pas. Face à cette situation, il a été décidé d'assister la communauté dans l'élaboration d'un PAV qui soit en même temps inclusif, en fonction des éléments suivants :

- Légitimité locale de HI acquise grâce à une première phase de diagnostic très généraliste et complète,
- Compétence de l'équipe DECISIPH et notamment de l'animatrice en termes d'animation,

- Forte expérience de HI acquise sur ces exercices de concertation et nombreux outils internes en termes de programmation participative,
- Intérêt d'intégrer le handicap dès la conception du PAV, en termes de renforcement des capacités du groupement et de sensibilisation des acteurs locaux,
- Compétences variées et nombreuses sur le programme Togo, permettant d'avoir ponctuellement des expertises sur des domaines variées, comme la santé, la réadaptation, l'éducation ou le développement rural.

Ainsi, l'objectif des PAV est de donner un cadre de planification participatif, permettant d'inscrire les actions dans un plan cohérent avec une gestion optimale et une meilleure responsabilisation des populations dans la mise en œuvre des actions de développement de leur village.

Suite à la validation des résultats du diagnostic global et celui du handicap le 21 novembre 2008 par le Comité de Pilotage et quelques personnes ressources, les principaux problèmes d'ordre globaux, liés au handicap et au groupement MAWUKO ont été retenus pour l'élaboration du Plan d'Action Villageois Inclusif (PAVi).

L'atelier de concertation /planification pour l'élaboration de ce PAV a eu lieu du 25 au 27 novembre 2008 avec la participation de tous les présidents de CDQ, du président du CVD, des différents acteurs travaillant dans le village, de quelques membres du groupement MAWUKO, des notables, du chef... (Cf. liste des participants en annexe III). Il s'est organisé de la manière suivante :

2.2.1.- Méthodologie

La concertation et la planification ont été organisées de façon participative dans le village et a duré trois jours (confer déroulement des journées en annexe IV).

Les résultats des concertations et les principales actions hiérarchisées par thématique à partir des problèmes identifiés lors du diagnostic sont présentés comme suit :

2.2.2.- Résultats des concertations

Pour arriver aux résultats, les sous groupes se sont penchés sur les problèmes et atouts, leurs priorisations, l'analyse des problèmes prioritaires et l'analyse des objectifs.

2.2.2.1.- Problèmes et atouts

Le tableau ci-dessous présente les résultats des principaux problèmes identifiés et hiérarchisés par thématique et leurs atouts. Le résumé se présente comme suit :

- 11 problèmes identifiés dans le domaine de la santé
- 10 problèmes identifiés au niveau de l'éducation
- 08 problèmes identifiés au niveau de l'organisation et la vie sociale
- 04 problèmes identifiés au niveau de l'eau et assainissement
- 04 problèmes identifiés au niveau de l'économie rurale.

Tableau N° 05 : Faiblesses & Obstacles / Forces & Opportunités

FAIBLESSES & OBSTACLES	FORCES & OPPORTUNITES
SANTE	
1. Manque de matériels de consultation et de soins (tensiomètre, pèse personne, glucomètre, frigidaire.....)	- Existence d'une infirmière d'Etat plus une accoucheuse très motivées
2. Non fonctionnement du laboratoire ; inexistence du laborantin	- USP fonctionnelle ;
3. Insuffisance de médicaments en pharmacie	- Existence d'un comité de gestion de la santé
4. Absence d'eau potable courante au sein de l'USP	- Existence d'une salle de laboratoire,
5. Inexistence de latrines dans l'enceinte de l'USP	- Taux élevé de fréquentation de l'USP pour les consultations prénatales
6. Mauvais état du toit du logement de l'accoucheuse	- Existence d'une pharmacie fonctionnelle (vendant des produits génériques)
7. Inaccessibilité de l'USP par les PSH et les personnes âgées (fauteuils roulants, brancards, rampes, rue)	- Existence d'une gestionnaire de la pharmacie
	- Existence d'une grande nappe prospectée par le service de l'Hydraulique

<p>8. Sous équipement de la salle d'hospitalisation (matelas, moustiquaires...)</p> <p>9. Absence d'électricité (groupe électrogène ou plaques solaires)</p> <p>10. Inexistence de fonds social pour la prise en charge des urgences et des cas sociaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de l'espace au sein de l'USP - Existence de matériaux locaux (sable, latérite) <p>Existence de la main d'œuvre qualifiée locale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de lits dans les salles d'hospitalisation - Village proche de Lomé (30 km)
--	--

EDUCATION

<p>1. Manque de sensibilisation des parents d'élèves, des enseignants, des élèves et de toute la communauté sur le handicap</p> <p>2. les bâtiments scolaires sont défectueux</p> <p>3. Les bâtiments sont inaccessibles aux PSH</p> <p>4. Devantures des écoles non sécurisées (absence de panneaux de signalisation et de dos d'âne)</p> <p>5. Absence de l'eau potable dans toutes les écoles</p> <p>6. Inexistence de latrines scolaires</p> <p>7. Inexistence de cantine scolaire</p> <p>8. Existence d'élèves démunis de fournitures scolaires</p> <p>9. Manque de formation des enseignants sur les thèmes liés aux droits des enfants, à la santé de la reproduction et le VIH/SIDA, à la problématique et la prise en charge des PSH.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Forte motivation des enseignants et de la communauté à être sensibilisés sur le handicap - Existence des bâtiments - Existence de main d'œuvre locale qualifiée - Existence de matériaux locaux (sable, latérite, etc.) - Capacité de mobilisation de la contribution financière (cotisations) - Existence de l'espace au sein des écoles - Production de riz local pouvant coûter moins cher (pour les cantines) - Existence de maraîchers locaux (fourniture de légumes aux cantines) - Existence de librairies non loin du village (Lomé : 30 km) et des vendeurs locaux. - Forte motivation des enseignants et des élèves à être formés
---	---

10. Manque dans les écoles de salles de jeux, des mobiliers adaptés et du matériel didactique adapté

ORGANISATION ET VIE SOCIALE

<p>1. Incapacité du CVD de mobiliser la communauté et de conduire la mise en œuvre du PAV</p> <p>2. Les droits des PSH ne sont pas respectés dans le village</p> <p>3. Manque de lieux culturels et de loisirs</p> <p>4. Insuffisance d'organisations d'activités sportives</p> <p>5. L'analphabétisme de la majorité de la population</p> <p>6. Inaccessibilité des routes</p> <p>7. Le pont d'Assomé est impraticable (pont qui relie le village à Tsévié ; chef lieu de préfecture)</p> <p>8. La non rentabilité des marchés de nuit (non affluence d'opérateurs économiques : commerçants externes, etc.)</p>	<p>- Existence d'un CVD avec ses commissions spécialisées : CPE, COGES, etc.</p> <p>- Existence du groupement des PSH MAWUKO,</p> <p>- Intervention de l'OPH APAPE dans le milieu</p> <p>- Existence de terrains disponibles</p> <p>- Existence d'un terrain de football</p> <p>- Existence d'un comité d'alphabétisation</p> <p>- Existence de carrière de sable et de latérite</p> <p>- Existence de main d'œuvre locale qualifiée</p> <p>- Volonté des autorités locales à animer le marché pendant le jour</p>
EAU ET ASSAINISSEMENT	
<p>1. Existence des maladies d'origine hydrique</p> <p>2. Pollution de l'eau de la rivière</p> <p>3. Mauvaise gestion des ordures ménagères</p> <p>4. Manque de sensibilisation</p> <p>5. Absence de latrines</p>	<p>- Existence de l'USP</p> <p>- Existence de terrain pour construire latrines publiques ou de familles</p> <p>- Existence d'endroits à réaliser des dépotoirs</p> <p>- Population disponible</p>
ECONOMIE RURALE	

1. Insuffisance de sensibilisations et formations sur la gestion des crédits	- Existence des structures de micro crédits
2. Non existence des coopératives pour bénéficier des produits auprès des micros finances existants dans le village (IDH/VOVO, Micro fund, Coopec...)	- Existence de femmes et jeunes dynamiques - Existence d'un marché
3. Mauvaise organisation du circuit de commercialisation	- Existence de groupements agricoles
4. Inexistence des groupements de commercialisation et de transformation	- Existence de structures d'appui de proximité (APAPE, ICAT, IDH/VOVO, PADIV.....)
5. Mauvaise organisation des groupements agricoles existants	

2.2.2.2. Priorisation des problèmes

Après l'identification et la hiérarchisation des problèmes par thématique et les atouts, d'abord tous les sous groupes se sont retrouvés en plénière pour présenter leurs résultats. Ensuite, ils ont retenu les cinq premiers problèmes identifiés par thématique et ils ont mis ensemble et enfin les ont priorisés en plénière. Cela a permis de ressortir les 13 problèmes prioritaires du village qui devront être résolus au cours des trois ans à venir. Ci-dessous l'ordre de priorité des problèmes à résoudre :

Tableau N° 06: Priorisation des problèmes

ORDRE DE PRIORITE	PROBLEMES
1.	Faible organisation communautaire
2.	Les droits des PSH ne sont pas respectés (mépris pour les PSH)
3.	L'existence des maladies d'origine hydrique
4.	L'eau de la rivière est polluée
5.	Le manque de matériels de consultation et de soins
6.	Le mauvais état des bâtiments scolaires
7.	La mauvaise condition de logement de l'accoucheuse
8.	Inaccessibilité des bâtiments scolaires aux ESH moteurs et aux parents d'élèves de troisième âge
9.	Le village est inaccessible
10.	Les devantures des écoles non sécurisées
11.	Les ordures ménagères jetées pèle mèle
12.	La réticence de la population aux consultations au niveau de l'USP
13.	Soins médicaux sans analyses préalables

2.2.2.3.- Analyse des problèmes prioritaires

Les treize problèmes prioritaires identifiés ont été analysés un à un en plénière pour identifier leurs principales causes. Ci-dessous, le tableau d'analyse synthétique des problèmes prioritaires.

Tableau N°07 : Analyse des problèmes prioritaires

PROBLEMES	PRINCIPALES CAUSES
1. Organisation communautaire et vie sociale	
Faible organisation communautaire	CVD non dynamique
Les droits des PSH ne sont pas respectés (mépris pour les PSH)	Croyances erronées sur les PSH
2. Santé	
Manque de matériels de consultation et de soins	Matériel amorti non remplacé
Réticence de la population aux consultations au niveau de l'USP	Insuffisance de médicaments & croyances traditionnelles
Soins médicaux sans analyses préalables	Laboratoire non fonctionnel
Mauvaise conditions de logement de l'accoucheuse	Toit de son logement défectueux
3. Eau et assainissement	
L'eau de la rivière est polluée	La population défèque dans la nature
Existence de maladies d'origine hydrique	Insuffisance d'eau potable + péril fécal
Ordures ménagères jetées pèle mèle	Absence de dépotoirs aménagés
4. Education	
Bâtiments inaccessibles aux ESH moteurs et aux parents d'élèves de troisième âge	Manque de rampes, portes étroites, tableaux trop hauts
Devantures des écoles non sécurisées	Absences de panneaux de signalisation et de dos d'âne
Mauvais état des bâtiments scolaires	Toits défectueux
5. Routes	
Village inaccessible	Mauvais état des routes

2.2.2.4.- Analyse des objectifs

Suite à l'analyse des problèmes prioritaires, toujours en plénière, a suivi l'analyse des objectifs et les actions à réaliser.

Tableau N° 08 : Analyse des objectifs sur trois ans

Objectifs Globaux	Objectifs Spécifiques	Résultats attendus	Action/Activités
1. Organisation communautaire			
La communauté est mieux organisée	CVD redynamisé	Au moins 80% des actions du PAV mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser diagnostic organisationnel - Restructurer le bureau pour le rendre inclusif - Elaborer TDR et définir le coût de renforcement de compétence des membres - Organiser des formations
Les droits des PSH sont respectés (mépris pour les PSH)	La population a une meilleure perception du handicap	2 séances de sensibilisation par an sont organisées (dont 1 au niveau des écoles)	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les PSH du village - Organiser des séances de sensibilisations
2. Santé			
L'USP dispose de matériel de consultation et de soins	Le matériel amorti est remplacé	1 tensiomètre, 1 glucomètre, 1 pèse poids ... sont remplacés	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le coût du matériel - Monter des microprojets pour l'achat du matériel - Rechercher des financements pour l'achat du matériel - organiser l'achat du matériel
Les populations se font consulter à l'USP	Médicaments disponibles et accessibles	Le stock de médicaments (surtout génériques) a augmenté d'au moins 50%	<ul style="list-style-type: none"> - Faire l'inventaire des médicaments nécessaires - Evaluer le coût des médicaments - Monter des microprojets pour

			<p>l'achat des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher des financements pour l'achat des médicaments - Organiser l'achat des médicaments
Maladies bien diagnostiquées et analysées avant le traitement	Laboratoire fonctionnel	Laboratoire équipé et recrutement d'un laborantin	<ul style="list-style-type: none"> - Faire la situation du matériel nécessaire pour le fonctionnement d'un laboratoire - Evaluer le coût de ce matériel - Monter des microprojets pour l'acquisition de ce matériel - Rechercher des financements pour l'achat du matériel - Plaider auprès des autorités sanitaires pour une affectation d'un laborantin - organiser l'achat du matériel
3. Eau et assainissement			
L'eau de la rivière n'est pas polluée	La population ne défèque plus dans la nature	<ul style="list-style-type: none"> - 1 sensibilisation est organisée par quartier sur les inconvénients de la défécation dans la nature - Au moins 1 latrine par ménage est construite et accessible aux PSH 	<ul style="list-style-type: none"> - organiser par quartier des causeries débats sur les inconvénients de déféquer dans la nature - Confectionner et fixer des panneaux de sensibilisation dans le village - Elaborer ou rechercher un plan et un devis type d'une latrine familiale - Mobilier la participation du

			<p>ménage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher des financements complémentaires - Mobiliser les matériaux - Construire la latrine familiale accessible aux PSH
		<ul style="list-style-type: none"> - 1 latrine publique par quartier est construite et accessible aux PSH - Les latrines familiales et publiques sont bien gérées 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer ou rechercher plan et devis type d'une latrine publique - Mobiliser la participation communautaire - Rechercher des financements complémentaires - Construire les latrines publiques par quartier accessibles aux PSH - Organiser des ateliers de formation sur la gestion des latrines familiales et publiques - Suivi
Absence de maladies d'origine hydrique	Eau potable disponible et accessible aux PSH	1 forage muni de pompe installé	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher les services techniques de l'état ou des partenaires en développement pour avoir les informations sur la réalisation d'un forage (type de forage, avantages, inconvénients, coût de réalisation, ...) - Monter des microprojets de réalisation de forages

			<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher des financements - Mobiliser la participation communautaire - Mettre en place les forages - Organiser la gestion du forage
Les ordures ménagères sont gérées	Dépotoirs aménagés disponibles et accessibles aux PSH au niveau de chaque quartier	6 dépotoirs construits (à raison d'un dépotoir par quartier)	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer ou rechercher un plan et un devis type d'un dépotoir public - Mobiliser la participation communautaire - Rechercher des financements complémentaires - Construire les dépotoirs accessibles aux PSH
4. Education			
Bâtiments sont accessibles aux ESH moteurs et aux parents d'élèves de troisième âge	Des rampes sont construites pour chaque bâtiment et les ESH sont appareillés	Au moins 10 rampes construites et 20 ESH au moins appareillés	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer ou rechercher un plan et un devis type d'une rampe - Mobiliser participation communautaire - Rechercher financement complémentaire - Construire rampes
Devantures des écoles sécurisées	Des panneaux de signalisation sont fabriqués et installés et des dos d'âne construits à l'entrée de l'école	Au moins 6 dos d'ânes sont construits sur la route à proximité des 3 établissements d'enseignement (2 primaires+ 1 lycée) et 2 panneaux de signalisation par établissement fabriqués et installés	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le coût des dos d'âne et panneaux - Mobiliser participation communautaire - Rechercher financement complémentaire - Construire dos d'âne et panneaux

Etat des bâtiments scolaires amélioré	Toits réhabilités et les enseignants et enfants bénéficient de meilleures conditions de travail	30 toits de classes (10 bâtiments scolaires) sont réhabilités	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le coût des toits à réhabiliter - Mobiliser participation communautaire - Rechercher financement complémentaire - refaire les toits
5. Routes			
Accessibilité du village améliorée	Les routes et les rues du village sont régulièrement entretenues	Les trous ou nids de poules des routes sont bouchés, les ravins et passages d'eau sous les ponts débouchés régulièrement.	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser le travail - Mobiliser population

Suite à l'analyse des objectifs, les actions ont été planifiées pour être réalisées durant les trois prochaines années soit de 2009 à 2011.

Tableau N° 09 : PLANIFICATION DES ACTIVITES 2009-2011

Ordre de priorité	Objectif	Actions	Planning	Responsabilité	Localisation	Indicateur de suivi	Ressources (matérielles, humaines, institutionnelles)
1.	Le CVD est capable de mobiliser la communauté et conduire la mise en œuvre du PAV	Redynamisation du CVD et ses comités	Années 1,2et 3	CVD	M.Tové	Niveau de réalisation du PAVi.	Affaires sociales, HI
2.	Les droits des PSH sont respectés dans le village	Sensibilisation périodique de la communauté sur le PPH (aspect environnemental)	Années 1,2et 3	CVD	M.Tové	Nombre de séances de sensibilisation populaires organisées	HI, Groupement MAWUKO
3.	Maladies hydriques réduites	Alimentation du village en eau potable	Année 1	CVD	M.Tové	Nombre de forages accessibles aux PSH	Cotisations, ramassage du sable, gravier, corvée d'eau, Main d'œuvre locale, MECAP-FR, HI, Rotary Club
4.	Assainissement du village amélioré	Construction des latrines publiques au niveau de chaque quartier	Année 2	CDQ	Chaque quartier de Mission Tové	Nombre de latrines accessibles aux PSH	Cotisations, ramassage du sable, gravier, corvée d'eau, Main d'œuvre locale, AVD-Togo, HI

5.	Les maladies sont bien diagnostiquées et traitées	Equipement de l'USP en matériel de consultation et de soins	Année 1	COGES	USP	Nombre de consultations médicales, prénatales et d'accouchements	COGES, DPS, Aimes Afrique
6.	Etat des bâtiments scolaires amélioré	Réhabilitation des toits des classes	Année 2	CPE	M.Tové	Nombre de classes réhabilitées.	AGAIB-M, Ambassades, Aide et Action, HI
7.	Le personnel soignant bénéficie de meilleures conditions de logement	Réhabilitation du logement de l'accoucheuse	Année 1	COGES	M.Tové	Nombre de laborantins recrutés, nombre de matériels achetés	COGES, main d'œuvre locale
8.	Les enfants handicapés moteurs ont un accès plus facile à l'école	Accessibilité des bâtiments des classes	Année 2	CPE	Toutes les écoles	Nombre de rampes construites et de tableaux accessibles aux ESH	Ramassage de sable, gravier, main d'œuvre locale, corvée d'eau, HI, Croix Rouge
9.	L'accès au village est amélioré	Entretiens des routes et des rues du village	Années 1,2 et 3	CVD	Toutes les routes du village	Etat des routes et des rues praticables.	Ramassage de sable, latérite, main d'œuvre locale, CVD
10.	Les enfants subissent moins d'accidents de circulation devant les écoles	Sécurisation des devantures des écoles (construction de dos d'âne et panneaux de signalisation)	Année 1	CVD	Lycée, Diossé et Kpémé	Nombre de dos d'ânes construits sur la route à proximité des établissements	CPE, CVD, Syndicat des Zémidjans, ramassage de sable, gravier, corvée d'eau, main d'œuvre locale, TP, HI
11.	Les ordures ménagères sont mieux gérées au niveau du village	Installation des dépotoirs au niveau de chaque quartier	Année 1	CDQ	Tous les quartiers	Nombre de dépotoirs construits	Pioches, pelles, brouettes, population

12.	La communauté est plus motivée à faire les consultations dans l'USP	Equipement de la pharmacie de l'USP en médicaments	Année 3	COGES	USP	Taux d'augmentation de stock de médicaments	COGES, DPS, CAMEG, OCDI
13.		Equipement du laboratoire et recrutement d'un laborantin	Année 3	COGES	USP	Le nombre de laborantin de laboratoire est fonctionnel et les analyses sont faites	COGES, DPS, CAMEG, OCDI

III.- ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Des résultats de ce diagnostic de Mission Tové, il ressort l'analyse et les recommandations suivantes :

3.1- Au niveau individuel

Il ressort des résultats que les PSH se marginalisent elles- mêmes. Individuellement, elles doivent comprendre qu'elles sont des sujets de droits à part entière et donc elle se doivent aussi éviter de se mettre en situation de faiblesse et de provoquer la pitié.

Aussi, il ressort que les PSH ne sont pas respectées et considérées comme égales aux autres. Il est évident que dans toutes sociétés, les droits ne se donnent pas automatiquement surtout dans ce contexte de mondialisation, d'économie et de finance difficiles. C'est pourquoi, il revient aux PSH de les revendiquer. Pour ce faire, elles doivent être formées et s'informer sur les organisations travaillant dans le domaine du handicap.

3.1.1- Au niveau de l'éducation

Il ressort des résultats que les enfants handicapés à Mission Tové ne vont pas à l'école parce que les parents ne les pensent pas capables. Les infrastructures et équipements didactiques aussi ne sont pas adaptés. De même, les enseignants n'ont pas de compétence pour un enseignement inclusif.

Pour favoriser un enseignement inclusif :

- Les parents des PSH et toute la population devraient être sensibilisés à la problématique du handicap pour les amener à comprendre la différence entre déficience et incapacité ;
- les enseignants devraient recevoir des formations spécifiques surtout pour les déficiences auditives et visuelles ;
- Les écoles devraient être accessibles aux PSH (construction des rampes et les dos d'âne devant les écoles) ;
- Les écoles devraient être dotées de matériels pédagogiques et de mobiliers adaptés (tables bancs, tableaux, matériel en braille, etc.)
- Les écoles devraient avoir des WC adaptés (il n'en existe même pas encore dans la plupart des écoles) ;

- Les enfants en situation de handicap devraient bénéficier d'une certaine prise en charge dans leur scolarisation et leurs appareillages pour encourager les parents ;
- Les élèves de toutes les écoles devraient être sensibilisés à la problématique et aux droits des PSH afin d'éviter des comportements de rejet ou de stigmatisation à égard des enfants handicapés ;
- le recrutement des PSH enseignants pourrait être une vraie source de motivation pour les enfants handicapés et leurs parents.

3.1.2 – Au niveau de la santé

La santé est un réel problème au niveau du village de Mission Tové. Aucun centre de santé dans le village voire plus loin dans la préfecture prend en charge la santé des PSH. La seule USP qui dessert tout le canton a d'énormes difficultés. Certaines propositions de solutions pourraient être les suivantes:

- Rendre accessible l'USP (construction de rampes, et dotation de brancards et de fauteuils roulants pour porter les urgences) ;
- Renforcer le personnel qui ne se résume jusqu'ici qu'à une infirmière et une accoucheuse ;
- former le personnel de l'USP notamment l'accoucheuse à la problématique du handicap et à la prise en charge des PSH enceintes tant pour les prénatales que pour les accouchements ;
- Réhabiliter le laboratoire et recruter un laborantin. Pour se faire il faudrait de l'électricité or le village en est dépourvu. ; l'installation de plaques solaires pourrait alimenter un petit laboratoire afin d'éviter des traitements à tâtons ou des évacuations sur Tsévié ;
- Alimenter l'USP en eau potable pour servir les hospitalisés ;
- Approvisionner suffisamment la pharmacie de médicaments ;
- Equiper l'USP des moyens de consultations (tensiomètres, pèse poids, glucomètre) afin de vite dépister des maladies invalidantes comme le diabète, l'hyper tension artérielle et le VIH ;
- La mise en place d'un fonds d'assistance médicale et sociale pour les PSH. Un système de gestion devra accompagner la mise en place de ce fonds ;

3.1.3- Au niveau de l'emploi

La majorité des PSH qui exercent un métier ont été formées sur le tas. Elles manquent de moyens financiers pour développer leurs activités.

Ainsi, toutes ces personnes qui exercent déjà un métier rémunérateur ont besoin comme eux-mêmes l'ont exprimés d'appuis financiers à partir des prêts individuels et à court terme pour renforcer leurs activités et éviter de toujours dépendre des autres.

Certains parmi elles ont également besoin de recyclage pour améliorer leur production.

Il faudrait aussi prévoir un appui à la formation professionnelle des PSH adultes sans emplois. Ces formations devront être accompagnées d'un appui à l'installation pour permettre leur opérationnalisation.

3.1.4- Au niveau des habitudes de vie

Toutes les PSH motrices rencontrées ont nécessairement besoin d'un moyen de déplacement sauf quelques uns qui en possèdent mais dont l'état est défectueux. Aussi, les prothèses des PSH ont besoin d'être entretenues car beaucoup sont dans un état défectueux et donc non utilisées.

En ce qui concerne les habitudes de vie en général, toutes les PSH qu'elles soient hommes ou femmes n'éprouvent de difficultés que pour les corvées d'eau, le transport d'objets et leurs déplacements sur de grandes distances. Il faudrait donc rendre tous les lieux publics notamment les écoles, l'USP et la fontaine d'eau accessibles. Pour toute nouvelle réalisation dans le village tenir compte des PSH.

Les maisons des PSH aussi devraient à la longue présenter une architecture adaptée pour limiter leurs dépendances vis à vis de leurs proches. Par exemple rendre les maisons accessibles avec des rampes. En effet, à cause des inondations de plus en plus fréquentes, les fondations des maisons sont élevées de trois à cinq marches sans tenir compte de l'accessibilité des PSH. Il faudrait également rendre des portes plus larges, construire des cuisines non loin des chambres à coucher des PSH motrices femmes.

3.2- Au niveau de la famille

A partir des résultats, il a été constaté que certaines familles dont les enfants sont handicapés et surtout IMC, les « négligent » parce qu'elles ne se sentent pas dignes d'être parents de ces PSH. Ils se culpabilisent sans raisons scientifiques mais plutôt en se fiant aux perceptions du handicap et de ses causes vues par la communauté. Ces familles doivent cesser de se culpabiliser et envoyer plutôt leurs enfants en situation de handicap à l'école comme tous les autres enfants. Elles doivent bénéficier de sensibilisations sur le processus de production du handicap et les droits des PSH afin de mieux les prendre en charge.

Les personnes handicapées n'ont pas droit à l'héritage foncier ou au partage de parcelles d'exploitation parce que jugées incapables d'exploiter la terre. Les familles et toute la population ont besoin d'être sensibilisés sur les droits des PSH.

3.3- Au niveau communautaire

La communauté devra être sensibilisée sur la problématique du handicap.

Le CVD devra désormais considérer le groupement des PSH existant dans le village comme un acteur pouvant travailler en faveur du développement du village et par conséquent l'inviter aux réunions comme tous les autres acteurs.

Toute action dans le village qu'elle soit communautaire ou d'un partenaire devra être inclusive et adaptée aux PSH (construction de borne fontaine adaptée par exemple)

La population de Mission Tové devra aussi faire l'effort de cesser d'appeler ou d'interpeller les PSH par des surnoms stigmatisant leurs handicaps.

3.4- Au niveau du groupement MAWUKO

Le groupement MAWUKO est créé il y a dix ans mais n'est pas connu dans le village pas même des autorités locales. Il devra désormais travailler en collaboration avec le CVD et participer aux activités communautaires.

Le nombre d'adhérents est très limité. Il lui faut organiser une campagne de sensibilisation pour aider les PSH de tous types, cachés ou marginalisés à sortir de leur état. Ces dernières pourront adhérer

au groupement car c'est ensemble qu'ils pourront mener la lutte contre toute discrimination.

Dans ce cadre, un recensement des PSH existantes dans le village pourrait être organisé par le groupement appuyé par les CDQ. Avec ce recensement, ils pourront faire plus aisément des plaidoyers auprès des autorités locales et des autres acteurs de développement qui interviennent dans le village.

L'ensemble du groupement ou chacun des membres pourra initier et réaliser des petits projets de développement qu'ils pourront soumettre aux partenaires. Aussi, il pourra adhérer à l'Institution de Micro Finance IDH/VOVO qui à priori ne trouve pas de difficultés à collaborer avec les PSH.

Les PSH devront renforcer l'assistance mutuelle ainsi que le soutien moral pour éviter qu'il y ait une lassitude conduisant à la démotivation et à la désunion.

Le groupement, s'il se développe, devra aussi disposer d'un local qui lui servira de siège pour des rencontres car jusqu'ici, les réunions se tiennent dans la maison du président. Le local pourra être un lieu d'informations plus adéquat pour tous (partenaires et autres acteurs de développement).

Il faudrait promouvoir et encourager l'alphabétisation fonctionnelle de tous ses membres. En effet, en dehors du président et son secrétaire, personne d'autre n'est instruit et cela pose un réel problème d'occupation de poste dans leur bureau. Notons qu'il existe dans le village un centre d'alphabétisation qui n'est pas très fonctionnel et qu'il faudrait relancer.

3.5- Au niveau du Plan d'Action Villageois

Le Plan d'Action inclusif qui a été élaboré et planifié avec la participation et la concertation de tous les acteurs du village est en réalité le premier PAV du village. Sa planification ne pourra être bien suivie que si la communauté et surtout le CVD a un accompagnement durant les trois premières années. Ainsi, ils prendront l'habitude de sa gestion.

Aussi, certaines actions n'ont pas besoins d'un gros financement pour être réalisées ; par exemple la mise en place des dépotoirs, la réparation des routes du village (remblai des trous). Tout ce qui est nécessaire, c'est former les membres des CVD et CDQ et sensibiliser la communauté à s'intéresser aux activités communautaires.

CONCLUSION

En général, toute la population de Mission Tové est vulnérable. Les infrastructures manquent et les services de l'Etat sont quasi absents. Dans ce contexte particulièrement difficile, la question spécifique de la situation des PSH se pose. Elles souffrent, comme tous les habitants, du manque de développement de leur zone de vie, mais en plus, de discriminations dues à leur handicap.

Ce diagnostic a permis de faire ressortir la situation réelle dans laquelle elles vivent. Ces problèmes ne peuvent être résolus qu'avec les efforts conjugués de tous les acteurs présents ou intervenants dans le village. Il s'agit notamment des autorités locales, du groupement MAWUKO ainsi que toutes les PSH vivants dans le village, le CVD, les CDQ, les autorités administratives de la préfecture, les associations, les services techniques, etc. Il s'agira pour tous ces acteurs de tenir compte des PSH dans la planification de leurs actions de développement.

Les PSH doivent elles aussi :

- ❖ Prendre conscience de leur état et se faire confiance ;
- ❖ Le groupement des PSH de Mission Tové doit renforcer le nombre de ses adhérents et peut-être accepter les autres types de handicap :
- ❖ S'intégrer et se faire entendre dans les instances de décisions du village puis au-delà,
- ❖ Entreprendre des actions de sensibilisation et de plaidoyer auprès des autorités, des enseignants et élèves, des partenaires au développement intervenant déjà ou pouvant intervenir dans le village.

Le Plan d'Action Inclusif élaboré sur trois ans et qui compte treize actions est ambitieux et ne s'exécutera pas si le CVD n'est pas dynamique et capable de mobiliser la communauté pour sa mise en œuvre.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Liste des membres du Comité de Pilotage

N°ordre	Noms &Prénoms	Institutions /Responsabilités
1.	Mr Esiaku	Président Grpt MAWUKO
2.	Mr Nyakpo	Secrétaire Grpt MAWUKO
3.	Mr Kégué	Chef projet FETAPH
4.	Mr Kpétigo	Représentant du chef canton
5.	Mme Aharh	Santé (infirmière)
6.	Mme Maditoma	Directrice école primaire
7.	Pasteur Fiabi	Eglise évangélique
8.	Pasteur Lolokpé	Eglise des Assemblées de Dieu
9.	Catéchiste	Eglise catholique
10.	Mr Toketchala	Micro crédit IDH-VOVO
11.	Mr Amana	Proviseur du lycée de M. Tové
12.	Mr Atsou	Projet PADIV
13.	Mme Danssouvi	ICAT
14.	Mr Mouvy	Projet PARTAM
15.	Mr Ahondo	Président du CVD de M. Tové
16.	Mr Amégahibor	Président CDQ Senya
17.	Mr Kpelly	Président CDQ Apeyeyeme
18.	Mr Tebe Kokou	Président CDQ Kpémé
19.	Mr Nuwati	Président CDQ Kpogonou
20.	Mr Awunyo	Président CDQ Apetepe
21.	Mr Azianfokpo	Président CDQ Diossé

**ANNEXE N° 3 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE
CONCERTATION/PLANIFICATION POUR L'ELABORATION DU PAV**

N°ordre	Noms &Prénoms	Institutions /Responsabilités	Contacts
1.		Chef canton de M. Tové	
2.	Mr Esiaku	Président Grpt MAWUKO	992 76 56
3.	Mr Nyakpo	Secrétaire Grpt MAWUKO	077 04 55
4.	Mr Kégué	Chef projet FETAPH	
5.	Mr Karimu	DPH	236 69 41
6.	Mr Kpétigo	personne ressource	993 19 37
7.	Mme	Santé (infirmière)	930 26 85/ 954 76 62
8.	Mme Maditoma	Directrice école primaire	912 52 96/ 445 89 28
9.	Pasteur Fiabi	Eglise évangélique	988 43 17
10.	Pasteur Lolokpé	Eglise des Assemblées de Dieu	
11.		Eglise catholique	
12.	Mr Toketchala	Microcrédit IDH-VOVO	901 70 25/ 330 02 61
13.		Proviseur du lycée de M. Tové	938 15 74
14.	Mr Atsou	Projet PADIV	
15.	Mr Agboti	ICAT	044 02 19/ 933 95 69
16.		Projet PARTAM	
17.	Mr Ahondo	Président du CVD de M. Tové	087 09 91
18.	Mr Amégahibor	Président CDQ Senya	
19.	Mr Kpelly	Président CDQ Apeyeyeme	
20.	Mr Tebe Kokou	Président CDQ Kpémé	
21.	Mr Nuwati	Président CDQ Kpogonou	
22.	Mr Awunyo	Président CDQ Apetepe	
23.	Mr Azianfokpo	Président CDQ Diossé	
24.		Président de l'APE du lycée	
25.	Mr GALLEY K.	Directeur EPP/ M. Tové	931 22 28
26.	Mr TOGLO K.	Directeur EPE/ Kpémé	445 89 27
27.	Mr DALI K.	Directeur EPC/Mission Tové	998 60 65
28.	Mr ALIPOUI Victor	ONG/APAPE	919 23 51

**ANNEXES N°4 : DEROULEMENT DES JOURNEES DE CONCERTATION ET
PLANIFICATION DES ACTIONS DE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE**

Jour 1 – matinée : En plénière

- Présentation des résultats du diagnostic global et handicap qui a permis d'identifier les problèmes, les potentialités/atouts.

Jour 1- après midi : En sous- groupe et par secteur

- Identification des problèmes majeurs par secteur (santé, éducation, organisation communautaire, eau et assainissement, économie rurale)
- Priorisation des problèmes majeurs par secteur

Jour 2-matinée - En sous- groupe et par secteur

- Analyse des causes des problèmes majeurs par secteur
- Synthèse des causes des problèmes majeurs par secteur

Jour 2- après midi- En plénière

- Restitution et Priorisation des problèmes (tous secteurs confondus).

Jour 3 - En plénière

- Priorisation des solutions et Planification des actions prioritaires sur 3 ans.

ANNEXES N°5 : LISTE DES PARTICIPANTS AU FOCUS GROUP

<u>Numéro</u>	<u>Noms&Prénoms</u>	<u>Sexe</u>	<u>Profession</u>
1.	<u>KPELLEY III K. Mawulom</u>	<u>M</u>	<u>Chef canton</u>
2.	<u>AHONDO Léo</u>	<u>M</u>	<u>Président du CVD</u>
3.	<u>NYAKPO Kossi</u>	<u>M</u>	<u>Secrétaire du groupement MAWUKO</u>
4.	<u>AFATSAO Mawuto</u>	<u>F</u>	<u>Membre du groupement Mawuko</u>
5.	<u>AZIAKONOU Adzo</u>	<u>F</u>	<u>Personne Handicapée non membre du groupement MAWUKO</u>
6.	<u>DAGNO Bébé</u>	<u>F</u>	<u>Ménagère, personne valide (ressource)</u>
7.	<u>MADITOMA Hodalo E.</u>	<u>F</u>	<u>Directrice de l'Ecole primaire évangélique de Diossé</u>
8.	<u>GALLEY Kokou</u>	<u>M</u>	<u>Directeur de l'Ecole primaire publique</u>
9.	<u>GUMEDZOE K. Toko</u>	<u>M</u>	<u>Président du comité des parents d'élèves du Lycée de M. Tové</u>
10.	<u>NOMAGNON A.</u>	<u>F</u>	<u>Infirmière de l'Unité des Soins Périphériques</u>

ANNEXES 6 : LES GRILLES DE COLLECTE D'INFORMATIONS

A. Les grilles d'entretien individuel pour PH (membres et non membres du groupement MAWUKO)

1 - Généralités

- 1.1. Expliquez-moi votre handicap...
- 1.2. Pour vous, que signifie « être handicapé » ?

2 - Les relations avec l'entourage

- 2.1. Y a-t-il d'autres personnes handicapées dans la famille ?
- 2.2. Quels sont vos rapports avec les membres de votre famille ? Comment se comportent-ils à votre égard ?
- 2.3. Qui vous soutient le plus ? Pourquoi ?
- 2.4. Vous sentez-vous parfois délaissé ? Si oui, pourquoi ?
- 2.5. Et vous, que faites-vous pour faciliter votre vie en famille ?
- 2.6. Comment cela se passait-il lorsque vous étiez enfant ? Avec vos parents ? Vos frères et sœurs ?
-

3 - Parcours personnel

- 3.1. Avez-vous été à l'école ? Jusqu'à quel niveau ? Pourquoi ?
- 3.2. Si non, vos frères et sœurs sont-ils allés à l'école ?
- 3.3. Comment étiez-vous considéré en tant qu'enfant handicapé ?
A l'école ? Dans votre famille ? Avec vos amis ?
- 3.4. Qu'est-ce que vous auriez aimé faire dans la vie que votre handicap vous a empêché de faire ?
- 3.5. Vous sentez-vous capable de travailler comme les autres ?
- 3.6. Obtenez-vous parfois certaines choses grâce à votre handicap, des traitements de faveur par exemple ?

4 - A propos de l'activité professionnelle

- 4.1. Exercez-vous une activité rémunératrice ?

- 4.2. Laquelle ?
- 4.3. Comment arrivez-vous à conjuguer votre handicap et votre vie professionnelle ?
- 4.4. Comment cela se passe-t-il avec vos collègues ? A quelles difficultés êtes-vous confronté ?

5 - A propos de l'accessibilité

- 5.1. Quelles sont les activités/habitudes de vie que vous ne pouvez pas réaliser en ville/village/fraction ?
- 5.2. Quels endroits / activités ne vous sont pas accessibles ?
- 5.3. Comment vous organisez-vous alors pour accéder à ces endroits et réaliser ces activités ?
- 5.4. Comment vous déplacez-vous ? Quelles sont les difficultés lors de ces déplacements ?
- 5.5. Utilisez-vous les transports en commun ? Lesquels ?
- 5.6. Avez-vous à faire aux administrations publiques ? Comment cela se passe-t-il ?

6 - Les rapports au système de soins en général

- 6.1. Avez-vous l'habitude de vous rendre dans des centres de santé ou des hôpitaux ?
- 6.2. Vous faites-vous accompagner ?
- 6.3. Comment trouvez-vous l'accueil ? Etes vous correctement pris en charge ?
- 6.4. Est-ce que le personnel soignant tient compte de votre handicap ? De quelle manière ? Comment se comportent-ils de façon générale ?

7 - A propos des comportements

- 7.1. Dans la rue, avez-vous des problèmes par rapport à votre handicap ?
- 7.2. Les gens vous regardent-ils ? Vous a-t-on donné un surnom ?
- 7.3. Comment réagissez-vous ?
- 7.4. Quels sont les comportements de rejet les plus fréquents auxquels vous avez à faire face ?

Par qui ? Tout le monde se comporte de telle manière avec vous ? Racontez.

- 7.5. Comment expliquez-vous ce genre de comportement ? Comment réagissez-vous ?
- 7.6. Au contraire, vous arrive-t-il d'être bien traité ? Dans quelles circonstances ?
- 7.7. Pouvez-vous me parler un peu des croyances populaires qui tournent autour du handicap ?
- 7.8. Avez-vous déjà été confronté à ces croyances ?

8 - Représentations liées à l'exclusion et à l'insertion

- **8.1. Pour vous, c'est quoi être exclu ? Qui est exclu et pour quelles raisons ?**
- **8.2. Que signifie être bien intégré dans la communauté ? Comment cela se manifeste-t-il ?**
- **8.3. Les personnes handicapées sont-elles exclues ? Intégrées ? Expliquez.**
- **8.4. Vous-même, êtes-vous intégré ? Grâce à quoi ?**
- **8.5. Vous sentez vous exclu ? Pourquoi ?**
- **8.6. Selon vous, est-il plus difficile d'être handicapé en ville ou au village ?**
- **8.7. Que pensez-vous des personnes en situation de handicap qui mendient ?**

9 - Les différents types de handicaps

- **9.1. Selon vous, quel est le handicap le plus difficile à supporter ? Pourquoi ? Emettre les propositions suivantes : déformations des jambes, déformations des bras, aveugle, sourd, muet, simple d'esprit, l'épilepsie, la folie.**

Et en second ?

10 – Vie associative

- **10.1. Êtes-vous membre d'une association ? Si oui, laquelle et depuis quand ?**
- **10.2. Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à rejoindre cette association ?**
- **10.3. Pensez-vous que l'association vous est utile ? Si oui, pourquoi ?**
- **10.4. Qu'aimeriez-vous que l'association entreprenne et qu'elle ne fait pas aujourd'hui ?**
- **10.5. Occupez-vous une fonction au sein de l'association ? Si oui, laquelle ?**
- **10.6. Si vous ne faites pas partie d'une association, expliquez pourquoi ?**

11 - Vos besoins et vos attentes

- **11.1. Quels sont à ce jour vos besoins prioritaires ?**
- **11.2. Estimez-vous que ces besoins sont actuellement satisfaits ?**
- **11.3. Qu'attendriez-vous d'un projet portant sur la prise en compte des PSH dans les actions de développement ?**

12 - Renseignements généraux

- **12.1. Êtes-vous marié(e) ?**
- **Si vous êtes un homme, combien d'épouses avez-vous ?**

- Si vous êtes une femme, combien de coépouses avez-vous ?

- 12.2. Avez-vous des enfants ?
- 12.3. Sources de revenus / qui vous prend en charge / combien de personnes à charge ?
- 12.4. Combien gagnez-vous par jour (estimation) ?
- 12.5. Niveau scolaire
- 12.6. Age
- 12.7. Lieu d'habitation
- 12.8. Origine géographique

B. Grille d'entretien pour les représentants du village, canton, préfecture

FONCTIONNEMENT DU VILLAGE, DU CANTON OU DE LA PREFECTURE

- Composition et fonctionnement des différentes instances (CVD, commission thématique (information, salubrité, jeunesse et sports...))
 - Y a-t-il des PH membres dans ces instances ?
 - Ces PH ont-elles réellement un rôle important ou décisionnaire ?
 - Parmi ces PH, combien sont des femmes ?

PROGRAMME D' ACTIONS DU VILLAGE, DU CANTON OU DE LA PREFECTURE

- Principales actions menées sur les 3 années passées ?
- Grands axes d'actions pour les années à venir ?

POSITIONNEMENT DU VILLAGE, DU CANTON OU DE LA PREFECTURE VIS A VIS DES PSH

- Activités déjà menées par le passé par le village vis à vis des PSH
- Actions nécessaires selon le village vis à vis des PSH
 - Relations, liens du village avec le groupement de PH
 - Relations, liens du village avec d'autres PH connues
 - Connaissez vous, travaillez vous avec des PSH que vous considérez comme ressources (expertes) dans les domaines d'activité qui concernent le village (noms et contacts) ?

PROBLEMATIQUE DE D'INSERTION DES PSH

- D'après vous, quels sont les principaux problèmes que rencontrent les PSH dans le village?
- En matière d'emploi, quelle(s) action(s) pourriez vous imaginer pour une plus grande insertion professionnelle des PSH?
- En matière d'éducation, quelle(s) action(s) pourriez vous imaginer pour une plus grande insertion des enfants handicapés dans l'école?
- En matière de santé, quelle(s) action(s) pourriez vous imaginer pour un plus grand accès des enfants et adultes handicapés à l'USP?
- En matière de vie culturelle et sportive, quelle(s) action(s) pourriez vous imaginer pour un plus grand accès des PSH dans les manifestations culturelle du village?

VISION / COMPREHENSION DU HANDICAP

- Quelles sont selon vous les principales causes du handicap ?
- Avez-vous des actions d'assistanat, de dons envers les personnes handicapées ?
- Quelles sont d'après vous les actions les plus utiles pour les PH ?
- Quelle place peut avoir pour vous les PH dans la vie du village ?

C. Grille d'entretien Unité Soins Périphérique et Direction Préfectorale de la Santé

- Contacts (adresse ; tél/fax, mail...) :

- Noms et contacts des principaux responsables (Médecin-chef/Directeur de l'établissement, infirmière, accoucheuse) :
- Nombre de patients/ trimestre) :
- Type de local (vérifier l'accessibilité, eau potable) :
- Statut (association, Ministère de tutelle/institution de tutelle...) :

PUBLIC CIBLE

- Quelle est la population qui bénéficie de vos services ?
- caractéristiques générales :
 - âge,
 - SEXE,
 - nature du problème de santé : suivi maternel et infantile, vaccinations, traumatologie, maladies chroniques, autres)
 - nature de la déficience (physique, visuelle, auditive, mentale et psychologique)
 - Quel est le territoire d'intervention de votre organisme ? (quartier, commune, région...)

OBJECTIFS ET ACTIVITES

- Quels sont les soins que vous administrez ?
- Recevez-vous des personnes handicapées ?
- Quel type de prise en charge leur offrez- vous?

(Diagnostic/évaluation ; soins –préciser lesquels - ;
référence vers d'autres structures, et le cas échéant, lesquelles ? ;

- Proposez-vous des activités de prévention des handicaps ? si oui lesquelles ?
- Proposez vous des actions spécifiques pour les femmes enceinte en situation de handicap ?

PRINCIPALES CAUSES DE DEFICIENCES

- Quelles sont pour vous les principales causes des déficiences physiques ?

Causes	Incapacités
Neurologiques	Infirmité Motrice Cérébrale ; Hémiplégie
Traumatiques	Il s'agit essentiellement de fractures (complications et séquelles)
Congénitales :	En particulier le Pied Bot Varus Equin Congénital
Infectieuses :	Les séquelles de poliomyélite ; Les infections ostéo-articulaires
Métaboliques	Le rachitisme
Dégénératives	Les arthroses

- Quelles sont pour vous les principales causes des déficiences visuelles ?
- Quelles sont pour vous les principales causes des déficiences auditives ?

ACCES AUX SERVICES

- L'accès à vos services est-il payant ? Si oui, même tarification que dans les autres structures publiques du même type ? Sinon, quelles spécificités ?
- Si vous proposez des prestations spécifiques aux personnes handicapées, comment y ont-elles accès financièrement ? (même tarification que dans d'autres structures publiques du même type ? Sinon, quelles spécificités ?)

Pour avoir accès aux services spécifiques pour les personnes handicapées, quelles sont les formalités à remplir préalablement ? (diagnostic médical préalable et prescription médicale);

RESSOURCES

Humaines

- Quels sont les profils professionnels et qualifications du personnel de l'USP ?
- Quelles sont les compétences spécifiques de votre structure pour la prise en charge de personnes handicapées ? (rééducation fonctionnelle –kinésithérapie, orthophonie.....) :
- Connaissez vous, travaillez vous avec des personnes que vous considérez comme ressources (expertes) dans les domaines d'activité qui concernent votre structure (noms et contacts) ?

Matérielles et financières

- Quels sont les équipements et matériels dont vous disposez pour mener à bien vos prestations ?
- Quelle est la capacité d'accueil de votre structure?
- Quelles sont vos sources de revenus/ financements ?

BESOINS

- De quel type d'appui, ressources ou équipements aurait besoin votre organisme pour mieux répondre aux demandes des personnes handicapées que vous recevez ?
- De quel type d'appui, ressources ou équipements auriez vous besoin pour le dépistage de certaines maladies invalidantes (diabète, VIH, hypertension....etc)

RESEAUX ET PARTENARIATS

- Quelles relations, quelles collaborations avec les Agents de Santé Communautaires basés sur les villages du canton?

- **Connaissez-vous, travaillez vous avec d'autres structures publiques ou privées dans le village (intervenant ou non dans le champ du handicap) ? Si oui, lesquelles ? (institutions spécialisées, service de santé, milieu scolaire, milieu professionnel, collectivité locale, associations...)**

D. Grille d'entretien structures d'éducation

IDENTITE

- Nom de la structure :
- Contacts (adresse ; tél/fax, mail...) :
- Noms et contacts des principaux responsables (Directeur de l'établissement) :
- Type de structure (école primaire, collège, centre de formation..) :
- Nombre d'élèves :
- Type de local (vérifier accessibilité des locaux, eau potable, toilettes, mobilier adapté, matériel pédagogique) :
- Statut (association, Ministère de tutelle...):

PUBLIC CIBLE

- Quelle est la population qui bénéficie de vos services ?

Caractéristiques générales : âge, sexe, niveaux scolaires, branches –sciences, lettres, technique- ..)

- Quel est le territoire d'intervention de votre établissement? (quartier, commune, préfecture, région...)

OBJECTIFS ET ACTIVITES

- Quelles sont les activités para scolaires mises en place par votre organisme ?
- Recevez-vous des enfants/personnes handicapées ?
- Quel type de déficience (physique, visuelle, auditive.....) ?
- Quel type de prise en charge leur offrez- vous?
- référence vers d'autres structures, et le cas échéant, lesquelles ? ; classes spécialisées : pour quel public d'enfants ? autres..)
- Proposez-vous des activités en direction des familles des personnes handicapées ? Si oui, lesquelles ?
- Proposez-vous des activités de prévention des handicaps ? si oui lesquelles ?

ACCES AUX SERVICES

- L'accès à vos services est-il payant ? Si oui, même tarification que dans les autres structures publiques du même type ? Sinon, quelles spécificités ?
- Si vous proposez des prestations spécifiques aux personnes handicapées, comment y ont-elles accès financièrement ? (même tarification que dans d'autres structures publiques du même type ? Sinon, quelles spécificités ?)
- Pour avoir accès aux services spécifiques pour les personnes handicapées, quelles sont les formalités à remplir préalablement ? (diagnostic médical préalable et prescription médicale ; évaluation du niveau scolaire, des acquisitions et du développement moteur et/ou intellectuel, autre...)

RESSOURCES

Humaines

- Quels sont les profils professionnels et qualifications du personnel de l'établissement ?
- Ce personnel a-t-il reçu une formation spécifique sur le handicap dans le cadre de sa formation professionnelle ?
- Quelles sont les compétences spécifiques de votre structure pour la prise en charge de personnes handicapées ? (alphabétisation, sport et loisirs....) :
- Connaissez vous, travaillez vous avec des personnes que vous considérez comme ressources (expertes) dans les domaines d'activité qui concernent votre structure (noms et contacts) ?
- Parmi le corps professoral, existe t il des PH ? place des femmes ?
- S'il existe, ils occupent quel type de poste ?

Matérielles et financières

- Quels sont les équipements et matériels dont vous disposez pour mener à bien vos activités ? (matériel pédagogique, autre..)
- Quelle est la capacité d'accueil de votre structure ?
- Quelles sont vos sources de revenus/ financements ?

BESOINS

- De quel type d'appui, ressources ou équipements aurait besoin votre organisme pour mieux répondre aux demandes des enfants/personnes handicapées que vous recevez ?

RESEAUX ET PARTENARIATS

- Appartenez vous à un réseau ? Si oui, lequel?
- Connaissez-vous, travaillez vous avec d'autres structures publiques ou privées dans la préfecture ou sur Lomé (intervenant ou non dans le champ du handicap) ? Si oui, lesquelles ? (institutions spécialisées, service de santé, milieu scolaire, milieu professionnel, village, canton, préfecture, associations...)

E. Grille d'entretien organisme pouvant potentiellement accueillir des personnes en situation de handicap,

IDENTITE

- Nom de l'organisme :
- Contacts (adresse ; tél/fax, mail...) :
- Noms et contacts des principaux responsables :
- Date de création :
- Type de local (vérifier accessibilité) :
- Statut (association, Ministère de tutelle/institution de tutelle...) :
- Nombre de personnes actives au sein de l'organisme :

PUBLIC CIBLE

- Quel est le public concerné par les activités de votre organisme ?
- Comment vos bénéficiaires sont ils informés des activités de votre organisme ? Etes vous satisfaits de ce moyen de communication ?
- Quel est le territoire d'intervention de votre organisme ? (zone de « recrutement » des bénéficiaires : quartier, entité administrative...)

OBJECTIFS ET ACTIVITES

- Quels sont les objectifs visés par votre organisme?
- Quelles sont les activités mises en place par votre organisme ?

LIEN AVEC PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Des personnes handicapées ont elles fait appel à vos services ?
- Y avez vous répondu ?

- Si non ? Pourquoi ? (absence de demande des PH, difficultés particulières de recouvrement, manque de compétences.....)
- Si oui ? Avez vous rencontré des problèmes particuliers pour l'intégration et la participation de ces personnes à vos activités ?
- Souhaiteriez vous que votre organisme donne une place plus importante aux personnes handicapées ?

RESSOURCES HUMAINES

- Quels sont les profils professionnels et qualifications du personnel de l'organisme ?
- S'agit-il de bénévoles ou de salariés de l'organisme ?
- Parmi le personnel, existe t il des PH ? place des femmes ?
- S'il existe, ils occupent quel type de poste ?

Matérielles et financières

- Quels sont les équipements dont vous disposez pour mener à bien vos activités ?
- Quelle est la capacité d'accueil de votre structure ?
- Quelles sont vos sources de revenus/ financements ?

BESOINS

- Pensez vous disposer des compétences en interne pour permettre la participation de personnes en situation de handicap à vos activités ?
- De quel type d'appui, ressources ou équipements pensez vous avoir besoin pour permettre l'accès au crédit pour les personnes handicapées ?

RESEAUX ET PARTENARIATS

- Appartenez vous à un réseau ? Si oui, lequel ?
- Etes vous en contact avec des associations/ organismes apportant un service aux personnes handicapées vers qui vous auriez déjà orientés des personnes ?
- Connaissez, travaillez vous avec d'autres structures associatives/organismes de la ville (intervenant ou non dans le champs du handicap) ? Types de lien ? (connaissance mutuelle, information mutuelle, activités en commun...)
- Etes vous en contact, en partenariat avec des institutions publiques ou privées (institutions spécialisées, service de santé, milieu scolaire, milieu professionnelle, collectivité locale...) dans la zone de recrutement de vos bénéficiaires ? Type de lien, type de partenariat : technique, financier...

- Etes vous en contact, en partenariat avec des institutions publiques ou privées sur le territoire de la ville ? Type de lien, type de partenariat : technique, financier...
- Etes vous en contact, en partenariat avec des institutions publiques ou privées en dehors du territoire de la ville ? Type de lien, type de partenariat : technique, financier...

F. Grille d'entretien église évangéliste

LIEN AVEC PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Des personnes handicapées fréquentent elles votre église ?
- Si non ? Pourquoi ?
- Si oui ? Avez vous rencontré des problèmes particuliers pour l'intégration et la participation de ces personnes à vos activités ?
 - Relations, liens avec le groupement de PH ?
- Relations, liens avec d'autres PH connues (nom et adresse)?

RESEAUX ET PARTENARIATS

- Appartenez vous à un réseau ? Si oui, lequel?
- Etes vous en contact avec des associations/ organismes apportant un service aux personnes handicapées vers qui vous auriez déjà orientés des personnes ?

VISION / COMPREHENSION DU HANDICAP

- Quelles sont selon vous les principales causes du handicap ?
- Avez-vous des actions d'assistantat, de dons envers les personnes handicapées ?
- Quelles sont d'après vous les actions les plus utiles pour les PH ?
- Quelle place peut avoir pour vous les PH dans la vie du village ?

G. Grille d'entretien organisme travaillant dans le domaine de l'eau/assainissement,

IDENTITE

- Nom de association :
- Contacts (adresse ; tél/fax, mail...) :
- Noms et contacts des principaux responsables :
- Date de création :
- Type de local (vérifier accessibilité) :
- Statut (association, Ministère de tutelle/institution de tutelle...) :

- Nombre de personnes actives au sein de association :

PUBLIC CIBLE

- Quel est le public concerné par les activités de votre association ?
- Comment vos bénéficiaires sont ils informés des activités de votre association? Etes vous satisfaits de ce moyen de communication ?
- Quel est le territoire d'intervention de votre association?

OBJECTIFS ET ACTIVITES

- Quels sont les objectifs visés par votre association ?
- Quelles sont les activités mises en place par votre association ?

PRISE EN COMPTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

- Avez-vous déjà réalisé des équipements prenant en compte les besoins des personnes handicapées en termes d'accessibilité?
- Si non ? Pourquoi ? (absence de demande des PH, manque de compétences, difficultés particulières de réalisation.....)
- Si oui ? Les travaux d'accessibilité ont-ils engendré un surcoût dans les travaux ???
- Souhaiteriez vous que votre organisme donne une place plus importante aux personnes handicapées et à l'accessibilité des bornes fontaines, des puits, des latrines, des écoles ou centres d'alphabétisation..... ?

RESSOURCES HUMAINES

- Quels sont les profils professionnels et qualifications du personnel de l'association?
- S'agit-il de bénévoles ou de salariés de l'association ?
- Parmi le personnel, existe t il des PH ? place des femmes ?
- S'il existe, ils occupent quel type de poste ?
- Parmi le personnel, existe-t-il des techniciens qui ont reçu une formation en accessibilité ?

Ressources financières

- Quelles sont vos sources de revenus/ financements ?

BESOINS

- Pensez vous disposer des compétences en interne pour permettre la participation de personnes en situation de handicap à vos activités et réaliser des infrastructures accessibles ?
- De quel type d'appui, ressources ou équipements pensez vous avoir besoin pour permettre l'accessibilité de vos infrastructures pour les personnes handicapées et les personnes à mobilité réduite (personnes âgées, enfants, femmes enceintes....ect) ?

RESEAUX ET PARTENARIATS

- Appartenez vous à un réseau ? Si oui, lequel?
- Etes vous en contact avec des associations/ organismes apportant un service aux personnes handicapées vers qui vous auriez déjà orientés des personnes ?
- Connaissez, travaillez vous avec d'autres structures associatives/organismes de la région (intervenant ou non dans le champs du handicap) ? Types de lien ? (connaissance mutuelle, information mutuelle, activités en commun...)
- Etes vous en contact, en partenariat avec des institutions publiques ou privées (institutions spécialisées, service de santé, milieu scolaire, milieu professionnelle, collectivité locale...) dans la Région ? Type de lien, type de partenariat : technique, financier...
- Etes vous en contact, en partenariat avec des institutions publiques ou privées sur le territoire de la Région ? Type de lien, type de partenariat : technique, financier...

H. Grille d'entretien associations droit de l'homme

IDENTITE

- Nom de l'organisme :
- Contacts (adresse ; tél/fax, mail...) :
- Noms et contacts des principaux responsables :
- Date de création :
- Type de local (vérifier accessibilité) :
- Statut (association, Ministère de tutelle/institution de tutelle...) :
- Nombre de personnes actives au sein de l'organisme :

PUBLIC CIBLE

- Quel est le public concerné par les activités de votre organisme ?
- Comment vos bénéficiaires sont ils informés des activités de votre organisme ? Etes vous satisfaits de ce moyen de communication ?
- Quel est le territoire d'intervention de votre organisme ?

OBJECTIFS ET ACTIVITES

- Quels sont les objectifs visés par votre organisme?
- Quelles sont les activités mises en place par votre organisme ?

LIEN AVEC LE MOUVEMENT ASSOCIATIF HANDICAP

- Avez-vous déjà réalisé des actions en partenariat avec des OPH ? (sensibilisation ou plaidoyer en commun, appui technique ou financier...)
- Avez-vous déjà réalisé des actions au bénéfice de PH?
- Si non ? Pourquoi ? (absence de demande des OPHs, manque de volonté des OPHs.....)
- Si oui ? Avez vous rencontré des problèmes particuliers de collaboration avec les OPHs ?
- Souhaiteriez vous que votre organisme donne une place plus importante à la revendication des droits pour les personnes handicapées ?
- Si oui, sur quels types d'activités ?

RESSOURCES HUMAINES

- Quels sont les profils professionnels et qualifications du personnel de l'association ?
- S'agit-il de bénévoles ou de salariés de l'association ?
- Parmi le personnel, existe t il des PH ? place des femmes ?
- S'il existe, ils occupent quel type de poste ?

Matérielles et financières

- Quels sont les équipements dont vous disposez pour mener à bien vos activités ?
- Quelles sont vos sources de revenus/ financements ?

RESEAUX ET PARTENARIATS

- Appartenez vous à un réseau ? Si oui, lequel?
- Connaissez, travaillez vous avec d'autres structures associatives/organismes intervenant ou non dans le champs du handicap) ? Types de lien ? (connaissance mutuelle, information mutuelle, activités en commun...)
- Etes vous en contact, en partenariat avec des institutions publiques ou privées (institutions spécialisées, service de santé, milieu scolaire, milieu professionnel, collectivité locale...)? Type de lien, type de partenariat : technique, financier...

I. Les entretiens individualisés par OPH : Groupement MAWUKO

Fiche n° : 01

Région : Maritime

Préfecture: Zio

Canton/Village : Mission Tové

Quartier : Apéyéyéme

FICHE D'ENQUETE /IDENTIFICATION DES OPH

1-Identification de l'Organisation des Personnes handicapées (OPH)

- Nom de l'Association/ Groupement : **MAWUKO**
- Date de création : **1997**
- Reconnaissance officielle : **Non**
- Numéro de récépissé :
- L'OPH a-t-elle un siège ? **Non**

Si oui la localiser :

- Adresse : -Secteur :
- Téléphone : -E-mail :
- Nom du président : **ESIAKU Félix (Homme)**

- Contact du Président : **992 76 56**
- Nombre d'adhérents : Hommes : mes : al :
- Type d'OPH : **Mixte, de P H**
- Type de handicap (sensibilité) : **Moteur et Visuel**

2. Pour les groupements

Nombre de membres dans le groupement : **13**

Le groupement a-t-il un bureau ? **Oui**

- Nombre de membre du bureau : Hommes : mes : :
- Composition du bureau :
- 01 président
- 01 vice président
- 01 trésorière
- 02 conseillers
- Durée du mandat du bureau : **03 ANS**
- Nombre de renouvellements du bureau depuis sa création : **01 fois**
- Fréquence des réunions tenues : **Toutes les deux semaines**
- Taux de participation aux réunions : **61%**.
- Les membres paient-ils leurs cotisations ? **Oui à 25%**

Si oui, combien est le montant de la cotisation : **500 FCFA par mois**

- Le groupement a-t-il un budget ? **Non**
- Le groupement a-t-il des partenaires ? **Oui :**

APAPE (Association des Parents et Amis des Personnes Encéphalopathes

3-Mandat de l'OPH

- Programme annuel d'activité ? **Oui**
- Plan stratégique (activité sur plusieurs années) : **Non**
- Types d'activités /domaine d'intervention : **Activités économiques**
- Citer les objectifs de l'OPH
- se mettre ensembles pour travailler et se prendre ainsi en charge sans besoins de quémander au bord des routes

4. Informations sur les membres de l'OPH

Combien de membres de L'OPH sont alphabétisés ? **06**

Nombre de personnes parlant le français ? 05 plus 01 qui parle anglais
(le président)

Nombre de personnes qui ont

- un acte de naissance : 09
- une carte d'identité : 01

Nombre de personnes ayant voté lors des dernières élections ? **06**

Observations (Difficultés rencontrées, besoins de l'OPH, etc.)

- Les principales difficultés rencontrées par le groupement sont financières ; les cotisations rentrent difficilement parce que les membres eux-mêmes ont des difficultés financières ; ils n'ont aucun appui financier extérieur. Aussi, ils ont souvent eu des visites d'européens qui leurs promettent des aides mais qui une fois partis, ne réagissent pas. Ce qui fait que certains membres se découragent et ne viennent plus régulièrement aux réunions.
- Le problème de déplacement se pose également ; il y a des membres qui n'ont pas de tricycles et habitent loin ; ce qui fait qu'ils ne participent pas à toutes les réunions
- Les activités qu'ils mènent ne sont pas rentables à cause de leur handicap ; il s'agit de la culture du maïs, du manioc et du maraîchage. Ils font également l'élevage des volailles et des chèvres. Mais ils sont affrontés au vol et ce qui reste est tué par la peste.
- Le groupement n'a pas de terre propre à eux et ils sont obligés d'en louer et de payer également pour la main d'œuvre

Appréciation sur le niveau d'organisation et connaissances de la vie associative :

- Groupement bien motivé et qui répond spontanément aux réunions
- Groupement qui souhaite vivement devenir une association
- Groupement dont tous les membres mènent une activité (tresseuses, coiffeurs, cordonniers, commerçants, dépanneur radio....)
- Les statuts et règlement intérieur existent mais sont à réactualisés
- L'entraide existe entre les membres qui sont d'ailleurs contents de se retrouver en réunion pour partager leurs difficultés

J. Les entretiens individualisés par OPH : Association des Parents et Amis des Personnes Encéphalopathes (APAPE)

Fiche n° : **01**

Région : Maritime

Préfecture: **Golfe**

Quartier : Adidogomé.

FICHE D'ENQUETE /IDENTIFICATION DES OPH

1-Identification de l'Organisation des Personnes handicapées (OPH)

- Nom de l'Association/ Groupement : **APAPE**
- Date de création : **13 décembre 1997**
- Reconnaissance officielle : **Oui**
- Numéro de récépissé : **5358/MIS/97**
- L'OPH a-t-elle un siège ? **Oui**

Si oui la localiser : **Adidogomé, face à l'immeuble Togocel**

- Adresse : **BP 81 339 Lomé**
- Téléphone : **235 67 76 / 919 23 51 / 919 23 52** -E-mail : apape97@yahoo.fr
- Nom du président (Conseil d'Administration) : **ANANI Toyo Naku, Homme --**
- Contact du Président : **235 67 76**
- Nombre d'adhérents : Hommes : Femmes : Total :
- Type d'OPH : **Mixte pour P H**
- Type de handicap (sensibilité) : **Tout handicap**

2-Organisation et structuration de l'OPH

2.1 Pour les Associations

L'association a-t-elle un bureau exécutif ? **Oui**

- Nombre de membres du Conseil d'Admi : Hom Fem :
Total :
- Durée du mandat du Conseil d'Administration : **04 ans renouvelable**
- Combien de fois le bureau a-t-il été renouvelé depuis sa création ? **0 3 fois**
- Nombre d'AG tenues depuis sa création **09 fois y compris les extraordinaires**
- Les membres paient-ils leurs cotisations ? **Les moyens des membres étant limités, l'Association a suspendu toute cotisation.**
- L'association emploie-t-elle des salariés ? **Non, il y a des bénévoles ; 04 au bureau, 08 sur le terrain**
- L'association a t-elle un budget ? **Oui, pour payer la location, l'eau, l'électricité.**
- L'association a t-elle des partenaires ? **Oui**
 - . Handicap International
 - FETAPH (Fédération Togolaise des Associations des Personnes Handicapées)
 - HCDH (Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme)
 - DED (Service de développement allemand)
 - SCAC (Service de Coopération et d'Actions Culturelles) de l'Ambassade de France au Togo
- Rapport annuel d'activité : **Oui**

3-Mandat de l'OPH

- Programme annuel d'activité ? **Oui**

- Plan stratégique (activité sur plusieurs années) : **Non ; par contre ils ont un plan d'actions annuel**

- Types d'activités /domaine d'intervention :

Activités économiques : Education : Formation : Sport et culture

Promotion et protection des droits des PH : Action de plaidoyer :

Autres :

- Sensibilisations
- Citer les objectifs de l'OPH

« L'insertion socio-économique des personnes handicapées dans nos communautés »

4. Informations sur les membres de l'OPH

Combien de membres de L'OPH sont alphabétisés ? **¾ des membres**

Nombre de personnes parlant le français ? **¾ des membres**

Nombre de personnes qui ont

- un acte de naissance : Ignoré
- une carte d'identité : Ignoré

Nombre de personnes ayant voté lors des dernières élections ? **Ignoré**

Observations (Difficultés rencontrées, besoins de l'OPH, etc.)

- manque de matériel de bureau et roulant
- difficultés financières pour le fonctionnement (location, eau électricité, téléphone....)
- insuffisance des ressources humaines ; pas de moyens pour en recruter
- insuffisance de formation du personnel dans le domaine du handicap
- manque de moyens d'accompagnement : la sensibilisation simple ne suffit plus de nos jours
- la FETAPH et HI réfèrent toujours les personnes handicapées à eux alors qu'ils n'ont pas de moyens pour répondre à leurs demandes

K. Questionnaire pour la Direction Régionale de L'Enseignement de Tsévié

1. Quel est le taux de scolarisation des filles et des garçons de la préfecture du Zio des trois dernières années ? Quel en est pour le canton de Mission Tové ?
2. Quel est le taux de réussite par sexe pour les trois dernières années scolaires ?
3. Quel est le taux d'abandon par sexe et quelles sont les principales raisons ?
4. Quelles sont les difficultés rencontrées actuellement ?

L. Questionnaire pour la Direction Régionale de la Santé de Tsévié

1. Combien d'USP, de dispensaires et d'hôpitaux dispose la préfecture du ZIO ?
2. Combien existent-il dans le canton de Mission Tové ?
3. Quelles sont les maladies les plus fréquentes du milieu ? A quelle période apparaissent-elles ? Quelle est la tranche d'âge la plus touchée ?