



## Volume 6 • Automne 2017

### *Dans ce numéro...*

1. Mot du président
2. Fondation des amis de l'atelier : au service des enfants et adultes en situation de handicap
3. Le XVe Congrès scientifique international de l'AIHMH
4. Expérience de stage au Maroc : adaptation de la MHAVIE au contexte socio-culturel de Casablanca
5. Le PPH s'exporte au Cameroun. Séminaire « Un autre regard sur le handicap à la lumière de la Convention relative aux droits des personnes handicapées » LIMBE – CAMEROUN, 23 août 2017

### **RIPPH**

525, boulevard Wilfrid-Hamel Est, F-117.4  
Québec (Québec), Canada, G1M 2S8

Téléphone : 418-529-9141, poste 6202

## 1. MOT DU PRÉSIDENT

*Jean-Pierre Robin*

XX



Mieux **comprendre** la **différence** pour **changer** le monde



XXX



## 2. LA FONDATION DES AMIS DE L'ATELIER : AU SERVICE DES ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

*Amaurey Bourion*

La Fondation des Amis de l'Atelier reconnue d'utilité publique, accompagne en France, depuis plus de soixante ans, les personnes en situation de handicap.

Les valeurs de la Fondation placent la personne accueillie au cœur de sa mission. Elle propose des réponses personnalisées tout au long de son parcours de vie, elle favorise son épanouissement et son autonomie, dans le respect de ses liens familiaux, de son identité et de son projet.

Les structures, dont la Fondation est gestionnaire, ont toutes un fonctionnement laïc, sans discrimination et dans le respect de l'histoire, des croyances et des convictions de chacun. Avec 2 800 personnes accueillies, 1 900 salariés, 76 établissements et services situés dans les régions d'Ile-de-France et du Limousin, la Fondation des Amis de l'Atelier poursuit cette voie d'action et d'engagement.

Aujourd'hui, l'un des enjeux majeurs pour la Fondation est sa politique de développement et d'innovation.

Ainsi, entre contraintes budgétaires, évolution des missions, évolution des publics accueillis, nécessité de progresser dans les démarches d'accompagnement, la Fondation a inscrit fortement dans son projet institutionnel son souhait de poursuivre une politique d'innovation, en expérimentant des réponses aux besoins émergents et en renouvelant son expertise.

C'est en ce sens, que des délégations thématiques ont été instaurées à la fin de l'année 2014. Ces groupes de réflexion, constitués d'une dizaine de professionnels de la Fondation, experts sur un sujet donné, ont été mis en place, afin d'investir des expériences visant à

décloisonner et à faire évoluer les modalités d'accompagnement.

Un des axes forts qui émerge de ces trois années de réflexion touche à la nécessité de renforcer la dynamique d'inclusion sociale dans nos établissements et services. En effet, la Convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées et, en France, la loi du 11 février 2005, font de la participation sociale des personnes en situation de handicap **l'affirmation d'un droit central**, et pour nos établissements et services, un **défi à relever**.

L'une des délégations thématiques de la Fondation a prospecté en France, en Europe et dans les pays d'Amérique du Nord, un modèle qui prendrait en compte la citoyenneté pleine et entière des personnes en situation de handicap, et qui proposerait en plus des outils pratiques pour accompagner les équipes des établissements et services.

C'est ainsi que la Fondation s'est intéressée au MDH-PPH, modèle qui propose à la fois une philosophie et de **nouvelles compétences permettant de traduire en termes opérationnels les principes d'égalité, d'accès aux droits et de participation sociale dans tous les domaines de la vie**.

Au mois de novembre 2015, ce modèle, et en particulier la grille MHAVIE, ont été expérimentés une première fois dans l'un des établissements de la Fondation. À l'été 2016, la direction générale donne son aval à l'organisation d'une conférence à Paris sur une journée complète visant à faire connaître et promouvoir le modèle PPH auprès de l'ensemble des professionnels de la Fondation des Amis de l'Atelier.

À l'issue de cette journée, durant laquelle Patrick Fougeyrollas est notamment intervenu, la



direction générale et le conseil d'administration ont donné leur accord pour mener une expérimentation plus large.

L'objectif de cette dernière est double. Il s'agit à la fois, de parvenir à articuler les outils du MDH-PPH avec les outils internes existants et les politiques publiques actuelles françaises (SERAFIN-PH et la mise en œuvre d'une « Réponse accompagnée pour tous »), tout en démontrant l'intérêt de choisir le MDH-PPH comme modèle institutionnel.

Pour ce faire, la Fondation des Amis de l'Atelier a fait appel à l'association Gravir et à des membres du GIFFOCH. Quatorze jours de formation, tant à destination des équipes de direction que du terrain sont prévus. Il s'agit sur dix-

huit mois de déployer le modèle de manière expérimentale, dans un premier temps avec quatre établissements et services pilotes, dans lesquels trois à quatre personnes deviendront des formateurs institutionnels au modèle du PPH et de ses applications, notamment pour l'utilisation des outils MHAVIE 4.0, ESOPE BD et MQE.

Après une évaluation des apports du modèle et de ces outils auprès des personnes en situation de handicap accompagnées et des professionnels, un rapport sera rendu à la direction générale et au conseil d'administration, qui seront alors en mesure de décider objectivement d'adopter le MDH-PPH comme modèle institutionnel et de le déployer dans l'ensemble des 76 établissements et services de la Fondation.



FONDATION DES AMIS DE L'ATELIER  
Au service des enfants et adultes en situation de handicap



### 3. LE XIV<sup>E</sup> CONGRÈS SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE L'AIRHM

*Manon Massé*

Professeure HES-SO, Hets de Genève  
Présidente de l'AIRHM

Le XIV<sup>e</sup> Congrès scientifique international de l'AIRHM (Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales) s'est déroulé du 11 au 14 septembre 2017 à la Haute école de travail social de Genève. Il a été organisé par l'AIRHM en collaboration avec la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale et soutenu par la participation de partenaires académiques et du milieu du handicap. La réalisation de ce Congrès a été possible grâce à de nombreux donateurs.

Cet événement était consacré à l'analyse de la mise en œuvre de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Depuis 2006, la CDPH prévoit que les droits et libertés de toute personne en situation de handicap soient garantis par les États signataires. Le XIV<sup>e</sup> Congrès a interrogé les améliorations tangibles de la qualité de vie et du devenir des personnes concernées et de leurs proches depuis l'adoption de la CDPH.

La manifestation a été rendue accessible à un large public, y compris aux personnes en situation de handicap. L'appel à communication, les résumés des conférences et le programme ont été traduits en langage Facile à Lire et à Comprendre (FLC). Les conférences plénières ont été traduites simultanément en langue des signes et une attention a été portée à l'accessibilité architecturale des locaux et du site.

Pendant quatre jours, 108 communications ont été présentées et discutées, que ce soit sous forme de conférences publiques, de conférences plénières, de symposiums ou d'ateliers et de présentations de posters. En marge de ces activités scientifiques, le programme offrait des événements culturels et artistiques; une vi

site de l'ONU ainsi que la découverte de projets novateurs réalisés en Suisse; l'un pour l'accueil des aînés, à la Fondation de Vernand dans le canton de Vaud et le second mené par les Établissements Publics pour l'Intégration qui a présenté des activités de travail et un lieu d'hébergement inclusifs en ville de Genève.

Plus de 300 personnes ont participé à cet événement majeur concernant le handicap. Les Suisses composaient environ la moitié des congressistes présents, les autres participants étaient issus d'une quinzaine de pays. L'assistance comptait des professionnels(les) de terrains, des chercheurs(es), des enseignants(es), des personnes en situation de handicap, des cadres d'établissements, des juristes, etc. Les étudiants(es) représentaient quelque 20 % du public du Congrès, ce qui augure de l'intérêt de la relève dans ce domaine d'études.

La conférence de clôture a offert une première synthèse des communications présentées par des chercheurs(es) de différents champs disciplinaires, des professionnels(les) de terrains et des autoreprésentants(es) en situation de handicap.

Parmi les points saillants relevés, ressort la nécessité d'améliorer l'accessibilité dans tous les domaines de la vie et de développer des facilitateurs à l'expression des personnes en situation de handicap.

Les communications portant sur l'axe **éthique et paradigmatique** ont mis en évidence que comparativement aux traités internationaux antérieurs, la CDPH appréhende la notion de handicap sous un nouvel angle. Elle appelle à abandonner définitivement la conception d'un problème qui relèverait essentiellement de l'individu concerné pour adopter la vision d'une problématique impliquant toute la communauté.



L'individu doit pouvoir évoluer dans un environnement lui offrant les conditions nécessaires pour trouver et prendre sa place. Il appartient à la société de favoriser la participation de tous.

Les communications portant sur l'axe **politique et juridique** ont recommandé une clarification des notions d'inclusion et d'intégration figurant dans la CDPH et dans les textes de lois. Elles préconisent par ailleurs le lancement de processus de socialisation politique afin que les personnes en situation de handicap puissent augmenter leur pouvoir d'agir : la prise de parole est en effet essentielle à l'exercice des droits et à l'exercice de l'autodétermination. Cela suppose une réciprocité des droits et des obligations et exige un soutien à l'éducation à la citoyenneté pour les personnes en situation de handicap.

Les communications portant sur l'axe **sociétal** ont souligné les grandes disparités existant entre les pays quant à la manière d'une part de percevoir et de respecter les personnes en situation de handicap et d'autre part de leur donner la parole et de les écouter. Les possibilités et les soutiens qui leurs sont offerts pour participer à la société varient selon les pays. Toutefois, des améliorations s'imposent encore partout afin que l'ensemble des personnes en situation de handicap puissent réellement faire valoir leurs droits, notamment celles présentant les déficiences les plus marquées. Afin de transformer les ressources en « capacités », ces personnes doivent pouvoir faire des choix et disposer des moyens de les exercer. Pour que les personnes avec une déficience intellectuelle puissent s'autodéterminer, il importe de porter sur elles un regard positif leur permettant d'intégrer qu'elles en sont capables.

Les communications portant sur l'axe **organisationnel** ont conclu à la nécessité de réformes institutionnelles pour favoriser la socialisation politique et la prise de parole des personnes en situation de handicap. Cela suppose une sensibilisation de l'opinion publique, une réforme des gouvernances institutionnelles, une meilleure formation des professionnels(les) aux droits des

personnes ainsi qu'un changement de posture à leur égard.

Les communications portant sur l'axe **clinique** ont démontré le besoin de développer des supports facilitant l'expression et l'autodétermination des personnes avec une déficience intellectuelle (ex.: pictogrammes, images, traduction en langage FLC, nouvelles technologies-TIC, etc.), tout comme le développement de nouveaux outils leur simplifiant la compréhension et l'appropriation de moyens pour agir davantage sur l'environnement (outils professionnels, stratégies cognitives ou méta-cognitives, matériels adaptés, etc.). L'importance de créer des groupes d'auto-représentants(es) et plus de groupes de soutien aux parents, grands-parents, frères et sœurs a également été affirmée. Enfin, il est impératif d'améliorer l'accessibilité des lieux de soins aux personnes en situation de handicap tels que les urgences des hôpitaux, notamment par la formation du personnel soignant et d'accompagnement et en adaptant l'environnement afin d'offrir une qualité de prise en soin égale à celle de la population générale.

Les communications portant sur l'axe **expérientiel** ont mis l'accent sur des expériences émergentes qui méritent d'être approfondies et déployées; il s'agit notamment :

- de faciliter l'accès aux ressources communautaires (école, transport, logement, travail, sport, culture...) en réduisant les obstacles géographiques, économiques, structurels et informationnels;
- d'élargir les formations des accompagnants à des approches visant l'*empowerment* individuel et collectif, aux droits universels, aux approches inclusives;
- de veiller à ce que les approches inclusives prônées par la CDPH ne soient une source potentielle de (sur)charge pour les proches aidants; les familles doivent être davantage soutenues et informées (répit, gardiennage, aide financière et administrative, formation, etc.);



- d'amplifier le travail en interdisciplinarité dans des professions qui sont restées longtemps mono disciplinaires et cloisonnées (enseignement, thérapie, soin, éducation sociale);
- de développer des outils d'apprentissage adaptés aux personnes ayant une déficience intellectuelle;
- de faire sien le changement de paradigme qu'est le passage d'une approche du « faire pour » au « faire avec », voire au « laisser faire seul(e) », dans une perspective de soutien à l'exercice des droits universels.

Finalement, au niveau de la recherche, les intervenants au Congrès ont insisté sur la nécessité de développer les méthodologies de recherche participative et émancipatoire qui témoignent du respect du pouvoir d'agir aux personnes en situation de handicap.

Cette co-construction des savoirs par et entre différents publics, y compris la population concernée et leurs proches, s'ouvre ainsi sur de multiples perspectives d'actions. Des ouvrages et articles scientifiques seront publiés à la suite de ce Congrès et permettront d'approfondir les propositions émises.



## Quel axe???

### 4. EXPÉRIENCE DE STAGE AU MAROC :

#### Adaptation de la Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) au contexte socioculturel de Casablanca dans le cadre d'un travail de fin d'études

*Santoline Ramart et Audrey Maupin*

#### Et si on contribuait à la promotion de l'ergothérapie au Maroc ?

Cela fait plusieurs années que les professions paramédicales se développent dans le pays malgré les sous-effectifs rencontrés. Ces professions sont décisives dans les suivis thérapeutiques et certaines d'entre elles sont inexistantes, telles que l'ergothérapie. Cette profession, complémentaire aux autres professions paramédicales, est la clé pour favoriser l'autonomie, le recouvrement des habitudes de vie ainsi que la participation sociale des personnes en situation de handicap.

Dans le cadre du projet « L'ergothérapie au service de l'autonomie des personnes handicapées au Maroc », en collaboration avec le ministère de la Santé du Maroc, la principauté de Monaco et Handicap International, une formation initiale en ergothérapie, répondant aux exigences de la Fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapists), a ouvert ses portes en septembre 2017 à Rabat. La recherche et le développement du métier font évidemment partie des exigences de ce projet. C'est à travers ce projet que nous sommes intervenues dans le cadre de notre travail de fin d'études.

Les outils d'évaluation et les bilans sont indispensables à la bonne pratique professionnelle en ergothérapie, or un constat de terrain au sein du Centre de rééducation et de réadaptation Salmia de Casablanca, rapporte une carence en outils adaptés aux habitudes de vie marocaines. Il était donc primordial que les futurs ergothérapeutes et stagiaires marocains aient à leur disposition des outils adaptés au contexte socioculturel.

Nous avons donc choisi d'adapter la MHAVIE, qui est un outil complet en termes d'habitudes de vie. Il nous paraissait intéressant de vérifier si son adaptation au contexte socioculturel marocain était pertinente.

#### D'où notre question de recherche :

*En quoi l'adaptation de la MHAVIE au contexte socioculturel de la région de Casablanca, favoriserait l'implantation de l'outil au sein du Centre de rééducation et de réadaptation Salmia?*

Comme énoncé ci-dessus, nous avons pu effectuer notre étude au sein du Centre de rééducation et de réadaptation Salmia qui est une structure hospitalière et ambulatoire, se situant dans un quartier populaire de Casablanca. Ce centre a pu voir le jour en 2012, grâce à une association<sup>1</sup> engagée dans la recherche sur le handicap.

Au total, dix sujets ont participé à l'étude (cinq enfants et cinq adultes). Pour la population adulte, nous avons procédé à la passation officielle de la MHAVIE-adulte sous forme d'entretien et non en auto-passation. Nous avons donc pu recueillir des informations sur leurs habitudes de vie, sur leur notion de satisfaction ainsi que les réactions et incompréhensions face à l'outil. Pour la population enfants, nous avons organisé un *focus group* réunissant les parents et leurs enfants dans le but de recueillir les mêmes informations.

<sup>1</sup> Centre pour le Développement Inclusif et la Recherche Appliquée sur le Handicap : association qui a pour but de promouvoir la recherche dans le domaine du handicap, de son environnement et vise l'inclusion afin de permettre la participation sociale des personnes en situation de handicap.



Deux points importants nous semblent indispensables à discuter, suite aux différentes passations : la notion de handicap et la notion de satisfaction.

### Notion de handicap

Notre étude a pu dévoiler que la religion et les croyances sont très présentes chez l'ensemble des participants, ainsi que dans leur manière d'agir. En effet, l'individu tout au long de sa vie doit surmonter et s'adapter aux épreuves que Dieu lui a réservées. On note aussi une difficulté à se projeter dans le futur, comme si seul Dieu pouvait en décider. Le terme « Inch'Allah », très utilisé dans la culture maghrébine et traduit par « si Dieu le veut », reflète bien l'impact de Dieu dans les actes futurs. Ce manque de projection met en évidence un frein dans la mise en place de projet de vie par le client et d'objectifs thérapeutiques par les professionnels.

Devant un handicap, le fonctionnement logique, dans la région de Casablanca, est d'aider le membre de la famille en difficulté sans lui demander son avis. La personne en situation de handicap se retrouve dans une dynamique d'entraide incessante, comme-ci elle n'était capable de rien (modèle charitable). L'environnement familial est-il positif ou négatif pour l'autonomie dans ces circonstances? Seul le présumé sujet peut l'exprimer... De manière générale, ce mode de fonctionnement semble convenir pour tout le monde.

### Notion de satisfaction

Au travers des différentes passations de la MHAVIE-adulte, la notion « satisfait » resurgissait sans cesse pour n'importe quelles habitudes de vie, alors que le thérapeute observait, pendant les prises en charge, des propos complètement à l'opposé. Les participants avaient peur de critiquer le service en exprimant leur insatisfaction concernant certaines habitudes de vie. En effet, l'insatisfaction a pour eux une connotation très péjorative, voir injurieuse en-

vers le personnel soignant. L'incompréhension des sujets face à ce terme a vite influencé les données recueillies. Nous avons donc dû modifier le vocabulaire de l'échelle de mesure.

### Adaptation de l'échelle de mesure

Grâce à nos observations, nous avons d'abord pu constater que les habitudes de vie décrites par l'outil étaient, dans l'ensemble, bien adaptées au contexte de vie des participants. Seules deux habitudes de vie ont donc dû être supprimées de l'échelle. De plus, quelques exemples ont dû être supprimés ou modifiés afin que l'outil soit plus explicite et mieux compris lors de la passation. Nous avons par la suite pu constater que le vocabulaire utilisé dans l'échelle de mesure était très peu adapté. En effet, les participants étaient toujours positifs quant à la réalisation des habitudes de vie durant les entretiens. Or, lors des prises en charge, nous observions que la réalisation n'était en réalité pas optimale. De même pour la satisfaction, les clients affirmaient être satisfaits alors qu'en discutant lors des séances, ils exprimaient une certaine insatisfaction.

C'est pourquoi, les termes de l'échelle de mesure ont été modifiés. La satisfaction est remplacée par la « notion de contentement » pour les adultes et par « l'épanouissement » pour les enfants. La « réalisation » est expliquée par une phrase afin de faciliter la compréhension de tous. Cependant, il est indispensable de bien choisir le vocabulaire à adopter, car celui-ci reflète la philosophie de la MHAVIE. C'est pourquoi, nous avons essayé de confirmer ce vocabulaire auprès des différents participants. Même si ce vocabulaire semble le plus adapté, il serait important de valider celui-ci auprès d'un échantillon plus grand. D'autre part, dans le cadre d'implanter au mieux l'outil au sein du centre, nous avons décidé de créer un nouveau guide de passation simplifié et plus concis.

Pour conclure, l'objectif de notre recherche était de savoir si une adaptation de l'outil MHAVIE au contexte socioculturel marocain, favoriserait son implantation au sein du Centre de réedu-



cation et de réadaptation Salmia. Effectivement, certaines notions de l'outil, comme la satisfaction, ont dû être reformulées pour favoriser une bonne compréhension des participants, tout en gardant la philosophie de l'outil. Il semblerait judicieux de traduire l'échelle de la MHAVIE en langue arabe afin de pouvoir toucher un maximum de la population.

Au cours de ce travail, nous avons aussi participé à un reportage afin de présenter la pratique professionnelle à l'occasion de l'inauguration de la première école d'ergothérapie au Maroc. Vous pouvez retrouver le reportage via le lien suivant :

[https://www.youtube.com/watch?v=vWnrEyf\\_WGs](https://www.youtube.com/watch?v=vWnrEyf_WGs)



## 5. LE PPH S'EXPORTE AU CAMEROUN

Séminaire « Un autre regard sur le handicap à la lumière de la Convention relative aux droits des personnes handicapées »

LIMBE – CAMEROUN, 23 août 2017



*Pierre Castelein*

*Anne-Sophie Trujillo-Gauchez*



### Contexte du séminaire

#### 1.1 Le partenaire

MOSOHCAMEROUN est une organisation des personnes handicapées qui existe depuis douze ans et a son siège à Nkongsamba dans la région du littoral du Cameroun. MOSOHCAMEROUN est membre du réseau partenarial du RIPPH.

Le Mosohcameroun compte à ce jour plus de 500 membres inscrits, à 97 % constitué de personnes en situation de handicaps divers.

Chaque année, Mosohcameroun conduit des activités de réflexion et d'actions notamment de formation, d'éducation, de santé, de conception, de mise en œuvre et de suivi évaluation des projets, de plaidoyers...



L'un de ses axes de travail au quotidien est l'accompagnement des personnes à mobilité réduite sur le chemin de l'école, dans des centres de santé pour soins et rééducation. Il participe aussi à la sensibilisation de cette population vulnérable à l'établissement de leurs carte nationale d'invalidité afin de permettre à ceux-ci de jouir de certains avantages prévus par la réglementation en vigueur.

### 1.2 La conception du handicap au Cameroun (synthèse présentée par Monsieur A. Dakeyi, secrétaire permanent du Mosohcameroun, au début de l'atelier)

C'est en 1983, avec la loi N°83/0013 du 21 juillet 1983 que les premiers pas légaux de l'appréhension du handicap étaient franchis, texte dont l'objectif était d'assurer « la protection des personnes handicapées au Cameroun ».

En son article premier, il définit la personne handicapée comme « toute personne qui, frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou accidentelle, éprouve des difficultés à s'acquitter des fonctions normales à toute personne valide ».

Elle ne définit pas le handicap et en son article deux, elle précise : « Le handicap est constaté par un médecin qui délivre gratuitement une attestation indiquant la nature du handicap, ainsi que le taux d'invalidité »

Ce sont ces approches légales que reprend le décret N°90/1516 du 26/11/1990 « fixant les modalités d'application de la loi n°83-0013 relative à la protection des personnes handicapées » et que reprennent en substance les textes réglementaires, arrêtés et notes ministériels compris.

L'examen de ces textes laisse transparaître que pour le législateur de cette époque, le handicap est fortement individualisé, rattaché à la personne et perçu uniquement au travers d'une approche médicale.

C'est cette approche que tente de corriger le législateur de 2010, dans la loi N°2010/002 du 13 avril 2010 portant promotion et protection des handicapés au Cameroun dont le décret d'application est toujours attendu, 7 ans après sa publication.

- Dans son article 2, elle dispose que **le handicap** est une « limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné. »
- L'article 3 du même texte définit **la personne handicapée** comme « Toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou non. »

Ce texte a un double mérite : celui d'abord d'exister et d'apporter, même de façon parcellaire, des solutions ou des pistes de solutions à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées au Cameroun. Son second mérite réside ensuite dans sa capacité à semer la confusion et à marquer des limites, nonobstant ses avancées par rapport à la loi N°83/0013 sus citée :

En effet, en même temps qu'elle définit le handicap en associant les facteurs personnels/individuels aux éléments environnementaux, en même temps elle restreint celle de la personne



handicapée aux aspérités individuelles et médicales.

Dans la pratique et nonobstant la loi, les services en charge du social serviraient seulement de courroie de transmission des dossiers médicaux aux institutions de décisions d'attribution et de décisions sur la qualification de personne handicapée. La décision du médecin, non consultative, unilatérale et sans voie de recours dans la démarche en vue de l'obtention du statut de personne handicapée est absolutoire. Un conflit entre la décision du médecin et celle des autorités attribuant la qualité de personne handicapée est dans notre contexte peu imaginable, la position du médecin emportant sur toutes autres considérations.

Enfin, les personnes en situation de handicap ne bénéficient d'aucun recours devant les décisions du médecin et des autorités du ministère des Affaires Sociales.

### 1.3 Participants de l'atelier

Le séminaire a réuni 23 représentants d'associations de personnes handicapées du sud du Cameroun.

IGELLE	DANIEL	PCC
LEKAMA	GEORGES AUREOLE	NASO
LEMY	JEAN LEVY	MOSOH
ADJOMO MVONDO	JEAN ARSENE	LTN II
ADJOMO MVONDO	INES MARCELLE	DDES/MOUNGO
TELLAH	ANATOLE	CPAM
FOUTE	PAUL	AAIND
EMKAK	ZITE ROSELYNE	HORIZONS SANTE DU MOUNGO
NGAKO	EMMANUEL	MOSOH
AKWANG MANJOH	MARY	CEFED
MUNGU	MAGDALENE MARY	CEFED
TEUMADJUI	ROSELINE NINA	MOSOH
NGONGANG	EMMANUE	ANAJECAM
DOPNA	DIDEROT	DYNAMIC FEMMES
NANDA NGUIMDO	PATRICK	MOSOH
FOGHA	BRUNO	AHAC
MOLIVE MOLUNGU	OTTO	BATOKE TRADITI
MANGA	IRENE	MINAS
KOUAKAM	EMMANUEL	VAINCRE LE HANDICAP



*Participants lors d'un exercice pratique*





#### 1.4 Animateurs du séminaire



Anne-Sophie  
Trujillo-Gauchez

- Fondatrice et consultante indépendante de la société SEMIA  
Juin 2013 – Aujourd'hui (4 ans, 4 mois), Région de Lyon, France  
Consultance pour les ONG et les organisations de développement : inclusion sociale / protection sociale / handicap / partenariat / urgences (situations d'après-crise).
  - EHESP - École des hautes études en santé publique  
2016 – 2017 (1 an) Région de Rennes, France, chargée de cours au sein du Master 2, Situations de handicap et participation sociales.
- Assistance technique  
CBM International  
2016 – 2017 (1 an) Région de Bruxelles, Belgique
- Directrice Sénégal / Cap-Vert  
Handicap International  
Juillet 2009 – janvier 2013 (3 ans, 7 mois)
- Déléguée régionale  
Croix-Rouge française  
août 2007 – juin 2009 (1 an, 11 mois)
- Directrice régionale Moyen Orient  
Handicap International  
Juillet 2002 – juillet 2007 (5 ans, 1 mois)
- Juriste  
Observatoire International des Prisons  
Janvier 1999 – janvier 2000 (1 an, 1 mois)



Pierre  
Castelein

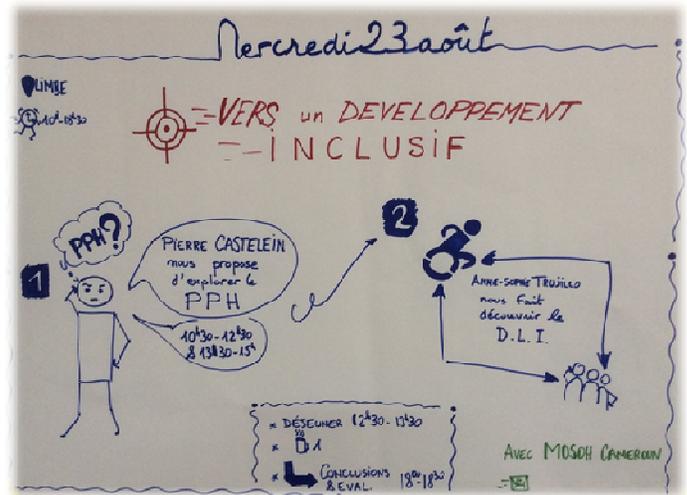
- Ergothérapeute-enseignant  
Master en Santé publique : gestion hospitalière et médicosociale.  
Administrateur de la Haute Ecole Libre de Bruxelles I. Prigogine (Bruxelles) - Pôle Académique de Bruxelles  
[www.helb-prigogine.be](http://www.helb-prigogine.be)
- Ancien responsable de la formation en ergothérapie à la Haute Ecole Libre de Bruxelles – ISCAM de 1981 à 2008.  
Ancien Directeur du Centre de Recherches et d'Études Appliquées – CREA de la Haute Ecole Libre de Bruxelles jusqu'en 2013  
[www.crea-helb.be](http://www.crea-helb.be)
- Président et consultant de l'Association pour l'amélioration de la participation sociale des personnes en situations de handicap – GRAVIR asbl (Belgique), [www.gravir.be](http://www.gravir.be)
- Administrateur au RIPPH (Réseau international sur le processus de production du handicap) et vice-président international. (Québec), [www.ripph.qc.ca](http://www.ripph.qc.ca)
- Co-fondateur et coordinateur du GIFFOCH – Groupe International Francophone pour la Formation aux Classifications du Handicap (Québec-France-Suisse-Belgique-Roumanie), [www.giffoch.org](http://www.giffoch.org)
- Co-responsable de l'UE « Environnement et compensation des situations de handicap » du master 2 Santé publique : Participation sociale - Situation de Handicap co-organisé par la EHESP (Rennes) et les Universités de Rennes 1 et 2 (France) [www.ehesp.fr](http://www.ehesp.fr)



## 2. Programme du séminaire

Dans un contexte qui accentue une approche individuelle du handicap, nous avons développé le modèle du MDH-PPH afin de replacer le handicap dans une perspective écosystémique dans laquelle l'environnement social et physique devient un élément fondamental.

Nous avons appliqué le modèle sur la situation de Moussa, un pêcheur nigérien atteint de filariose lymphatique.



**Moussa** était un pêcheur qui vit à proximité de Kwa Ibo (Nigéria – 6.500.000 victimes identifiées de la FL –OMS 2009). Depuis 20 ans il a développé la filariose lymphatique, ses deux jambes sont très enflées ainsi que ses mains mais dans une moindre mesure. Il fréquente un centre de santé communautaire qui assure les soins de base. Il était pêcheur mais ne peut plus travailler et doit compter désormais sur son fils pour prendre soin de lui. Moussa est un homme démoralisé car il dit avoir souffert de stigmatisation dans son village à cause de sa maladie et certains jours ses jambes enflées et douloureuses le mettent de très méchante humeur au point d'éloigner ses amis. Sa femme et sa belle-mère ont tous développé les symptômes précoces de l'éléphantiasis. A proximité immédiate de leur maison, se trouve un égout à ciel ouvert – le terrain idéal pour la reproduction des moustiques du genre *Culex*, vecteurs de la FL. Moussa a peur que ses enfants et petits-enfants contractent aussi la maladie. Moussa a pourtant de la chance: jusqu'à présent, la maladie n'a pas eu trop de conséquences sur sa vie quotidienne. Il a appris à soigner ses jambes enflées pour éviter des surinfections. **Amina**, sa femme, continue, malgré ses problèmes de santé, de fabriquer et de réparer les filets traditionnels et poursuit toutes ses activités du mieux qu'elle peut. L'égout inquiète cette famille. Ils disent qu'ils n'ont pas les moyens de faire quoi que ce soit à ce sujet et le village ne fait rien pour améliorer l'hygiène.



Au fil de l'analyse de la situation de Moussa, nous avons pu éclairer le concept de situations de handicap et comprendre l'interaction entre les trois dimensions du modèle :



Cette partie du programme a permis de parler de la Convention relative aux Droits des personnes handicapées (UN 2006), car si le Cameroun a effectivement signé la convention le 1 octobre 2008, l'Etat ne l'a pas encore ratifiée à ce jour. Or, une ambiguïté à ce sujet est véhiculée, notamment par certains médias qui affirment que la CDPH a été ratifiée par le Cameroun.





La distinction juridique entre la SIGNATURE et la RATIFICATION a été clairement explicitée aux participants.

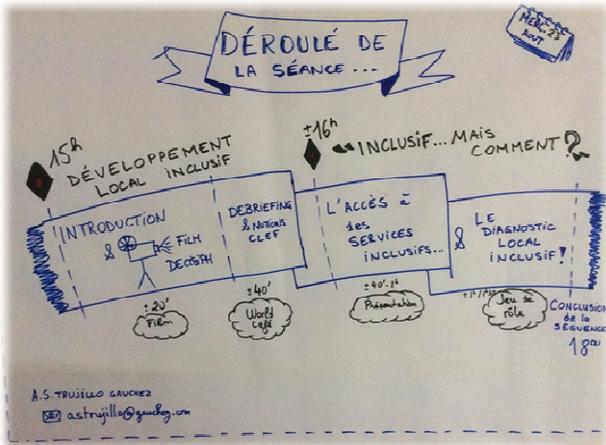
Les échanges ont mis en évidence l'importance d'exercer une pression afin que l'état camerounais ratifie cette convention afin qu'elle puisse devenir légalement opposable pour justifier les situations de discrimination.



*Le maire et ses adjoints*

Des parents ont sollicité cette réunion, car leurs enfants handicapés rencontrent des obstacles importants pour suivre l'enseignement dans de bonnes conditions : certaines classes sont inaccessibles pour les enfants en FR, absence de WC accessible.

But de l'exercice : établir un diagnostic de la situation et rechercher ensemble les solutions qui puissent rencontrer les attentes de toutes les structures concernées.



La suite du séminaire a porté plus particulièrement sur le développement local inclusif et cette partie s'est achevée par une mise en situation, à savoir :



*Réunion à la mairie*



*Les parents d'enfants handicapés qui fréquentent l'école de la commune*



*Le directeur de l'école et des enseignants*



*Le représentant des finances publiques*

L'exercice fut très instructif pour les participants, car leur réalité ne leur permet jamais d'établir un tel dialogue constructif et respectueux de tous.

### *Nos impressions*



Le séminaire a permis de mettre l'accent sur l'importance pour les OPH d'exercer une pression auprès des autorités publiques pour que la CDPH soit ratifiée par l'Etat en conformité avec sa signature de 2008.

Et pour ce faire, nous avons pu insister sur l'importance de renforcer le partenariat entre les OPH au sein de la Plateforme nationale pour définir une stratégie commune.

Une demande de formation approfondie sur le modèle du PPH a été clairement explicitée par les participants.



*Merci* à l'équipe du MOSOH CAMEROUN ,  
partenaire du RIPPH, pour la préparation du séminaire



*Athanase DAKEYI (secrétaire permanent)*



*Suzanne*



*Régine SOH*



*Guy Martial SOH*