



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie
de l'enfance
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence xxx (2009) xxx-xxx

Article original

Les perceptions collectives des enfants et adolescents handicapés mentaux en Afrique de l'Ouest. Le cas du Togo

*Collective perceptions of child and adolescent mentally handicapped in West Africa.
The case of the Togo*

S.K. Dassa^{a,*}, D. Mbassa Menick^b, A. Tabo^c, R.G. Ahyi^d, P. Ferrari^e

^a Service de psychiatrie et de psychologie médicale, clinique de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU-Campus, BP 20763, Lomé, Togo

^b Clinique universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

^c Centre national hospitalier universitaire de Bangui, République centrafricaine

^d Centre national hospitalo-universitaire de Cotonou, Bénin

^e Fondation Vallée, CHPI de psychiatrie de l'enfant, 7, rue Benserade, 94257 Gentilly, France

Résumé

Les objectifs de cette étude ont été de déterminer les perceptions communautaires de l'enfant handicapé mental dans la région centrale du Togo. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée d'octobre 2005 à janvier 2006. Les 301 sujets étaient majoritairement de sexe masculin (61,5 %). Sur les 174 sujets âgés de dix à 18 ans, 36,2 % travaillaient comme des aides familiales, 19,5 % étaient employés dans différents secteurs socioéconomiques tandis que 44,3 % n'avaient pas d'occupation. Trois quarts des sujets avaient des troubles du langage dont 22,9 % incapables de communiquer avec leur entourage. Lorsque la personne handicapée mentale était considérée comme n'étant pas un être humain, elle est stigmatisée et rejetée. En revanche, une minorité de handicapés étaient réputés porteurs de pouvoirs surnaturels qui donnent accès à des vérités inaccessibles. La sorcellerie, l'envoûtement, Dieu et les divinités locales ont été de loin les causes supposées du handicap. Les représentations sociales négatives du handicap persistent. Penser le handicap mental en termes positifs de potentialités, de qualités, de possibilités mentales susceptibles de se développer dans une dynamique évolutive et de progrès est une nécessité.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Handicap mental ; Perceptions sociales ; Image négative ; Afrique

Abstract

The objective of this study has been to determine community perceptions of the mentally handicapped child in the central region of the Togo. It has been a cross-sectional study from October 2005 to January 2006. The 301 subjects involved were male sex in 61.5%. On 174 subjects aged from 10 to 18 years, 36.2% worked as family assistance, 19.5% were employed in different economic and social sectors while 44.3% had no occupation. Three-quarters of subjects had language troubles with 22.9% unable to communicate with their surrounding. When the mentally handicapped person was considered as not being a human being, he is stigmatized and rejected. On the other hand, a minority of handicapped persons were reputed carrier of supernatural authorities that give access to inaccessible truths. Witchcraft, bewitchment, God and local divinities have been supposed causes of the handicap. Negative social representations of the handicap persist. Thinking the mental handicap in positive potentiality terms, qualities, susceptible mental possibilities to develop in a dynamics and progress way is a necessity.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Mental handicap; Social perceptions; Negative image; Africa

1. Introduction

Pendant longtemps, on a considéré que le retard mental, surtout léger, posait peu ou pas de problèmes dans les sociétés moins développées, où la cohésion et l'appui réciproque

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : kdassa@hotmail.com, dkolou@yahoo.fr (S.K. Dassa).

41 sont plus importants que l'individualité ; on mettrait l'accent, 95
42 en moindre mesure, sur le degré d'instruction et sur la scolarisation [10]. 96
43 Cette situation a beaucoup changé aujourd'hui, la 97
44 tradition souffre du choc de la rencontre avec la modernité, et 98
45 est caractérisée par une pauvreté alarmante, des conflits armés, 99
46 une modification des repères culturels sociaux et finalement 100
47 de l'imaginaire du groupe amenant inévitablement à faire des 101
48 emprunts à d'autres modèles. 102

49 Le handicap mental est une réalité universelle. Les données 103
50 épidémiologiques dans les années 1980 ont rapporté 104
51 115 millions de personnes avec retard mental dans les pays en 105
52 voie de développement [9]. Malheureusement, les problèmes 106
53 liés à la santé des jeunes tels que la promotion de la croissance 107
54 physique et le développement mental, la prévention des maladies 108
55 et des accidents, les soins appropriés à domicile, la recherche 109
56 des soins hors du foyer, la lutte contre le VIH/sida, la protection 110
57 contre la violence, demeurent encore très préoccupants dans les 111
58 pays de l'Afrique occidentale et centrale, en dépit des efforts 112
59 déployés pour les résoudre, notamment, par la mise en œuvre 113
60 des programmes multisectoriels [6]. 114

61 Selon les ratios de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 115
62 au Togo, les personnes handicapées mentales seraient au nombre 116
63 de 47 000 en 2003 [5]. Ces personnes ne sont pas intégrées à 117
64 part entière dans la société comme membre actif, au contraire, 118
65 la plupart sont rejetées ou investies d'une mission surnaturelle 119
66 (mystique) selon la signification culturelle du handicap mental. 120
67 Rejetées, elles survivent grâce à la mendicité ou à la générosité 121
68 de certaines personnes. Les structures de prise en charge font 122
69 défaut, ce qui laisse les populations dans l'ignorance des 123
70 capacités d'intégration des personnes handicapées mentales et 124
71 renforce leur marginalisation. Pour remédier à cette carence, un 125
72 projet d'intégration socioéconomique des handicapés mentaux 126
73 était indispensable, le préalable étant de disposer de données 127
74 sur niveau réel de ces phénomènes pour permettre d'orienter 128
75 au mieux les différentes actions. L'Organisation non gouvernementale 129
76 (ONG) *Plan Togo*, à l'instar d'autres partenaires au développement, 130
77 appuie différents programmes dont les objectifs visent à augmenter de façon 131
78 significative les chances de survie et la qualité de vie des enfants et adolescents. 132
79 C'est dans ce contexte qu'elle a lancé une série d'études dans sa zone d'intervention. 133

80 L'objectif de la présente étude a été de déterminer les 134
81 représentations sociales de l'enfant handicapé mental qui sous-tendent 135
82 les attitudes de la communauté dans la région centrale du Togo. 136
83
84

85 2. Méthode

86 2.1. Cadre d'étude

87 L'étude est commanditée par *Plan Togo*, qui travaille depuis 137
88 65 ans environ en faveur des enfants du monde entier. Elle a 138
89 commencé ses activités au Togo en 1998 dans les domaines 139
90 sanitaires (assurer la survie, la protection et la croissance des 140
91 enfants, créer des conditions sanitaires favorables aux communautés 141
92 et assurer la santé génésique des adolescents et adultes, en 142
93 particulier celle des femmes en âge de procréer), éducationnels 143
94 (permettre à l'enfant une acquisition des connaissances de base). 144

145 L'étude a concerné la zone d'intervention de *Plan Togo*. D'une 146
147 superficie de 16 326 km² (29 % du territoire togolais) et d'une 148
149 population de 553 000 habitants, la région centrale du Togo, qui 149
150 a servi de cadre à cette étude comprend cinq districts sanitaires 150
151 [5]. La participation communautaire dans ce système de santé est 151
152 basée sur la gestion des problèmes de santé par la communauté 152
153 elle-même. Elle se traduit généralement par la participation des 153
154 patients aux frais de consultation, de traitement, d'analyses et 154
155 de médicaments. La population rurale est estimée à 75 % environ 155
156 avec comme principales activités, l'agriculture et l'élevage. 156
157 La population bénéficiant des œuvres de cette ONG est estimée 157
158 à 553 000 âmes en 2003, soit 11,2 % de la population du pays 158
159 (dont 75 % de population rurale). 159

160 2.2. Type d'étude

161 Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée 162
163 d'octobre 2005 à janvier 2006 dans trois districts d'intervention 163
164 de *Plan Togo*. 164

165 La méthode d'échantillonnage à deux degrés a été utilisée. 165
166 Au premier degré, 20 villages de chacune des trois préfectures 166
167 de la zone d'étude ont été sélectionnés au moyen d'un tirage systématique. 167
168 Les estimations de la population et la proportion des personnes âgées de quatre à 18 ans 168
169 ont été élaborées par la Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale 169
170 (DGSCN). À partir de la liste des villages dont les effectifs de population 170
171 ont été cumulés, cette sélection a été faite de manière aléatoire avec une probabilité 171
172 égale à la population de chaque localité. Ensuite, un dénombrement (établissement d'une 172
173 liste exhaustive des personnes handicapées mentales) et une localisation dans chaque 173
174 village de la population d'étude dans les concessions ont été faits. Au second degré, un 174
175 échantillon représentatif de 301 personnes a été tiré au hasard (Tableau 1). Dans 175
176 tous les cas une taille minimale d'une centaine de personnes handicapées mentales a été 176
177 sélectionnée dans chacune des trois préfectures afin de disposer des données statistiquement 177
178 valides pour les analyses et les tests de régression et de comparaison. 178

179 Conjointement aux interviews, des *focus groups* ont été 179
180 menés avec les parents des handicapés, les autorités traditionnels 180
181 et leaders d'opinion pour déterminer la perception du handicapé 181
182 et sa place dans la communauté. Pour une observation participante, les enquêteurs ont 182
183 visité les familles et les lieux de pratique sociale que la personne handicapée mentale a l'habitude 183
184 de fréquenter. 184

185 2.3. Population étudiée

186 Le personnel de *Plan Togo*, appuyé par une équipe de 187
188 12 enquêteurs, avait préalablement sensibilisé les communautés 188
189 de la zone d'étude sur les notions de handicap, d'incapacité 189
190 et de déficience selon l'orientation de l'OMS [13]. Ainsi éclairées, les familles ont 190
191 collaboré et contribué à l'identification des personnes handicapées dans les concessions 191
192 sur la base deux critères : un comportement inadapté aux normes sociales locales et 192
193 un fonctionnement intellectuel significativement au-dessous de la moyenne du groupe d'âge. 193
194

Tableau 1
Effectif des handicapés mentaux recensés.

Préfecture	Population totale des localités-échantillon ^a	Proportion (%) des personnes de 4 à 18 ans ^b	Estimation de l'effectif des personnes de 4 à 18 ans dans les localités-échantillon ^c	Effectif recensé des JHM de 4 à 18 ans ^d	Taux (%) de prévalence des JHM ^e
Est-Mono	24 720	43,24	10 690	75	0,70
Blitta	46 570	43,29	20 170	120	0,60
Tchaoudjo	40 800	43,29	17 670	106	0,60
Total	112 090		48 530	301	0,62

^a Source : estimation de la population par localité en 2004, Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (DGSCN).

^b Source : enquête par Grappe à indicateurs multiples MICS-2, DGSCN, 2000.

^c Produit de (^a) et de (^b).

^d Effectif recensé.

^e Quotient de (^d) et de (^c).

Ont été éligibles pour la présente étude, les personnes handicapées mentales des deux sexes, âgées de quatre à 18 ans vivant dans la zone d'étude, avec accord verbal du tuteur légal. Les sujets porteurs de déficiences auditives, visuelles, ou motrices isolées et les malades mentaux ont été exclus de l'étude. Les examens biologiques et les tests psychologiques n'ont pas été prévus dans le cadre de cette étude.

L'équipe d'enquête, composée d'anthropologues, de sociologues, de psychologues, de médecins et de démographes, a été formée pendant deux jours afin de les familiariser aux instruments de collecte des données.

L'adaptation quotidienne des personnes handicapées mentales a été évaluée à l'aide de l'Échelle d'évaluation du comportement adaptatif de Vineland, version « enquête » (VABS) de Sparrow et al. (1984), version simplifiée pour utilisation dans le cadre de la recherche [12]. Cinq domaines ont fait l'objet de l'évaluation proposée sous la forme d'un entretien semi-directif de 30 à 45 minutes avec les parents ou les personnes qui ont la charge quotidienne de la personne handicapée mentale :

- la communication (réceptive, écrite, expressive) ;
- l'autonomie (personnelle, familiale et sociale) ;
- la socialisation (relations interpersonnelles, jeu et loisirs, adaptation) ;
- la motricité ;
- les comportements inadaptés.

Les opérations de saisie et de contrôle ainsi que l'apurement et la tabulation des données ont été réalisés sur micro-ordinateurs au moyen des logiciels Epi info et SPSS-10 tandis que les calculs de certains pourcentages et des tableaux de synthèse ont été effectués avec le logiciel Excel.

2.4. Définition des concepts [2,3,13]

A été considéré comme personne handicapée mentale dans le cadre de cette étude, toute personne limitée dans l'accomplissement des rôles sociaux habituels et ayant des difficultés d'adaptation aux normes sociales comparativement à la moyenne de son groupe d'âge.

L'adaptation sociale désigne la pratique suffisante des activités quotidiennes requises par une communauté dans un milieu donné ; ce comportement est jugé adéquat par les attentes parentales ou les représentations sociales.

L'autonomie désigne l'aptitude à accomplir librement et sans aide les activités de la vie quotidiennes (s'alimenter, s'habiller, faire la toilette, assurer le contrôle sphinctérien, etc.).

Les règles de bienséance sont un ensemble de normes conformes aux usages de la société et au savoir-vivre dans un groupe donné. La concession est un ensemble de ménages habitant dans une même cour.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 343 sujets ont été identifiés dont 42 (atteints d'hémiplégie, de cécité et de surdité) ne répondant pas aux critères d'inclusion. Les 301 jeunes handicapés mentaux retenus étaient majoritairement de sexe masculin (61,5 %) et âgés de plus de dix ans (59,1 %) (Tableau 2). Selon l'appartenance religieuse, les parents des sujets étaient musulmans (30,9 %), chrétiens (47,5 %) ou adeptes de la religion traditionnelle (18,9 %). La majorité des sujets (54,8 %) n'ont pas été scolarisés, ni suivi un apprentissage professionnel (79,2 %). Sur les 174 JHM âgés de dix à 18 ans, 36,2 % travaillaient comme des aides familiales, 19,5 % étaient employés dans différents secteurs socioéconomiques informels tandis que 44,3 % n'avaient aucune occupation.

3.2. Nature du handicap et des incapacités

Trois quarts des sujets avaient des troubles de langage dont 22,9 % incapables de communiquer avec leur entourage (Tableau 3). En revanche, la majorité des sujets étaient capable de se servir des mains pour manger (76,6 %) ou de contrôler et maîtriser les sphincters (65,4 %). En outre, 53,2 % avaient des difficultés pour se laver sans aide, 66,7 % à faire le ménage et 86,1 % à connaître parfaitement les sept jours de la semaine (Tableau 4). Les difficultés de mémorisation en vue faire des commissions (76,1 %), à compter et/ou gérer de l'argent (86 %) et à travailler au champ (74 %) ont constitué les autres

Tableau 2
Répartition des 301 sujets selon l'âge, le sexe, la religion, le niveau d'instruction et l'occupation.

Paramètres	Effectif [%]
Âge (ans)	
4-6	61 (20,3)
7-9	62 (20,6)
10-14	90 (29,9)
15-18	88 (29,2)
Sexe	
Masculin	185 (61,5)
Féminin	116 (38,5)
Religion des parents	
Musulmane	93 (30,9)
Catholique	91 (30,2)
Traditionnelle	57 (18,9)
Autres chrétiens	52 (17,3)
Agnostiques	8 (2,7)
Niveau d'instruction	
Jamais scolarisé	165 (54,8)
Primaire classique	130 (43,2)
École coranique	6 (2,0)
Occupation^a	
Aide domestique	63 (36,2)
Secteurs socioéconomiques	34 (19,5)
Sans occupation	77 (44,3)

^a NB : item concernant les 174 sujets âgés de dix à 18 ans.

incapacités. La majorité des sujets (72 %) ont été difficilement ou pas accessibles à l'éducation en milieu familial.

Les facteurs associés au handicap ont été les séquelles infectieuses (31,9 %), l'accouchement difficile et la réanimation néonatale (22,3 %), les malformations du tronc et du crâne (13,6 %) et le mongolisme (2,0 %). Les informations concernant les antécédents n'étaient pas disponibles chez 91 sujets (30,2 %) qui, par ailleurs, ne portaient pas de difformités.

Par rapport aux règles de bienséance, pour l'ensemble, 64,5 % des sujets avaient des comportements non conformes aux normes admises, 65,1 % éprouvaient des difficultés à contrôler leur l'agressivité dans les relations interpersonnelles et groupales (Tableau 5). La majorité (58,3 %) n'éprouvaient pas de peur envers le prochain tandis que 53 % ne participaient pas aux activités de groupe.

3.3. Relations sociales et représentations collectives du handicap mental

3.3.1. Interprétations traditionnelles : les hypothèses sorcières

Une pluralité des discours sur les origines supposées du handicap a été observée (Tableau 6). La sorcellerie et l'envoûtement sont de loin les causes supposées ou avérées. La sorcellerie peut provenir des autres, parents proches, éloignés ou des voisins. L'envoûtement (agression indirecte visant à réduire ou détériorer des capacités de l'autre) est dans tous les cas le canal de transmission de l'objet handicapant au fœtus. L'attaque sorcière directe (anthropophagie) entraîne très souvent la mort de la victime. L'objet maléfique de la jalousie ou de la vengeance dirigé contre

les parents serait déplacé sur leur enfant pour faire beaucoup plus mal. La personne handicapée mentale devient ainsi la victime innocente qui paie pour les « fautes » supposées commises par ses parents. Cette attaque en sorcellerie peut parfois provenir de la mère ou des deux parents impliqués dans les joutes. L'explication traditionnelle de l'atteinte de l'enfant *in utero* est la suivante : les parents, surtout les mères enceintes, au cours de leurs randonnées nocturnes mystiques, essuient des contre-attaques venant des divinités ou des autres sorciers. Le fœtus subit ainsi un choc traumatique handicapant. Les parents parfois se servent du fœtus comme bouclier. Si les parents refusent ou sont incapables d'offrir leur enfant en quote-part des festins nocturnes, ils sont sanctionnés : leur enfant est transformé en une personne handicapée.

Dieu et les divinités locales sont aussi à l'origine des handicaps mentaux. D'une part, c'est l'expression d'une sanction des

Tableau 3
Répartition des sujets selon les aptitudes dans le langage, l'alimentation, l'habillement, l'hygiène corporelle, le contrôle sphinctérien et l'orientation dans l'espace.

Paramètres	Effectif [%]
Langage	
Satisfaisant	75 (24,9)
Partiel (moyen)	44 (14,6)
Inadéquat	113 (37,6)
Jamais	69 (22,9)
Ensemble	301 (100,0)
Alimentation^a	
Satisfaisant	229 (76,6)
Partiel (moyen)	24 (8,0)
Inadéquat	39 (13,0)
Jamais	7 (2,4)
Ensemble	299 (100,0)
Habillement*	
Satisfaisant	139 (46,8)
Partiel (moyen)	28 (9,4)
Inadéquat	51 (17,2)
Jamais	79 (26,6)
Ensemble	299 (100,0)
Hygiène corporelle^b	
Satisfaisant	139 (46,8)
Partiel (moyen)	28 (9,4)
Inadéquat	51 (17,2)
Jamais	79 (26,6)
Ensemble	297 (100,0)
Contrôle sphinctérien	
Satisfaisant	197 (65,4)
Partiel (moyen)	34 (11,3)
Inadéquat	36 (12,0)
Jamais	34 (11,3)
Ensemble	301 (100,0)
Orientation dans l'espace^a	
Satisfaisant	146 (48,8)
Partiel (moyen)	26 (8,7)
Inadéquat	60 (20,1)
Jamais	67 (22,4)
Ensemble	299 (100,0)

^a NB : items étudiés chez 299 sujets.

^b NB : item étudié chez 297 sujets.

249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264

221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248

Tableau 4
Répartition des sujets selon les activités : faire le ménage, connaissance des jours de la semaine, faire les commissions, gérer de l'argent, aptitude aux travaux champêtres, réceptivité à l'éducation familiale.

Paramètres	Effectif [%]
<i>Faire le ménage</i>	
Satisfaisant	100 (33,3)
Partiel (moyen)	44 (14,6)
Inadéquat	69 (22,9)
Jamais	88 (29,2)
Ensemble	301 (100,0)
<i>Connaissance des jours^a</i>	
Satisfaisant	41 (13,9)
Partiel (moyen)	10 (3,4)
Inadéquat	69 (23,5)
Jamais	174 (59,2)
Ensemble	294 (100,0)
<i>Faire les commissions</i>	
Satisfaisant	72 (23,9)
Partiel (moyen)	31 (10,3)
Inadéquat	85 (28,2)
Jamais	113 (37,6)
Ensemble	301 (100,0)
<i>Gérer de l'argent</i>	
Satisfaisant	42 (14,0)
Partiel (moyen)	19 (6,3)
Inadéquat	89 (29,6)
Jamais	151 (50,1)
Ensemble	301 (100,0)
<i>Aptitude aux travaux champêtres^b</i>	
Satisfaisant	78 (26,0)
Partiel (moyen)	27 (9,0)
Inadéquat	49 (16,3)
Jamais	146 (48,7)
Ensemble	300 (100,0)
<i>Réceptivité à l'éducation familiale^b</i>	
Satisfaisant	84 (28,0)
Partiel (moyen)	56 (18,7)
Inadéquat	89 (29,7)
Jamais	71 (23,6)
Ensemble	300 (100,0)

^a NB : item étudié chez 294 sujets.

^b NB : items étudiés chez 300 sujets.

parents indéclicats, voire de la victime elle-même. La sanction (surtout à l'encontre d'une femme enceinte ou potentiellement fertile) répondrait à la violation d'interdits religieux (fréquentation de sanctuaires et de certains lieux, promenades à des heures interdites), alimentaires (consommation de certains gibiers) ou matrimoniaux (inceste, adultère). Rarement, c'est un acte relevant de l'ordre de la pure création divine. D'autre part, Dieu ou les divinités locales cherchent à anéantir un fœtus ou un nouveau-né qui aurait des prédispositions à la sorcellerie. Le handicap mental serait ainsi un acte préventif (protection) contre les nuisances communautaires orchestrées par les sorciers.

Rarement, le handicap n'était considéré qu'un fait naturel « eau de la famille » relevant de la création de Dieu. Cette explication neutre était largement partagée par les chrétiens et les musulmans, lorsque aucune autre hypothèse n'était possible.

3.3.2. Images négatives de la personne handicapée mentale

Considérer les personnes handicapées mentales comme « personnes autres » était une image négative entretenue par les communautés dans les *focus groups*. Certaines expressions pour exprimer cette image négative étaient, par exemple : « personnes inutiles », « malades qu'on ne peut pas guérir », « déréglés classés automatiquement parmi les malades ». Pour certains, ils sont perçus comme n'étant pas comptabilisables parmi les êtres humains, au regard de l'origine mystérieuse ou inexplicable de leur handicap ; pour d'autres, à cause de leur inutilité sur le plan socioéconomique, voire de leur nuisibilité à la vie quotidienne familiale et communautaire.

3.3.3. Dérision et marginalisation

Elles étaient associées aux perceptions négatives du handicap et à la cause dédiée à la sanction divine. La dérision touche aux aspects physiques du handicapé, notamment, la difficulté du langage parlé, du contrôle sphinctérien et des difformités. On se moque donc de ce qui est anormal (souillure de la société) d'où leur exclusion des espaces et des manifestations publiques (marchés, fêtes, réunions). Cette marginalisation est le fait des enfants comme des adultes, qui, de manière violente, les renvoient, ce d'autant plus que la victime est épileptique connue. La peur de la contagion lors des crises épileptiques survenant souvent dans des espaces très animés ou dans les foules (salles de classes, marchés, lieux de fêtes, etc.) ont été les principales raisons du rejet des handicapés mentaux épileptiques.

Tableau 5
Répartition des sujets selon les règles de bienséance, le contrôle de l'agressivité, la peur de l'autre (confiance à autrui) et la participation aux activités de groupe.

Paramètres	Effectif (%)
<i>Règles de bienséance^a</i>	
Satisfaisant	106 (35,8)
Partiel (moyen)	48 (16,2)
Inadéquat	58 (19,6)
Jamais	84 (28,4)
Ensemble	296 (100,0)
<i>Contrôle de l'agressivité</i>	
Satisfaisant	105 (34,9)
Partiel (moyen)	43 (14,3)
Inadéquat	48 (15,9)
Jamais	105 (34,9)
Ensemble	301 (100,0)
<i>Avoir confiance à autrui^b</i>	
Satisfaisant	175 (58,3)
Partiel (moyen)	48 (16,0)
Inadéquat	35 (11,7)
Jamais	42 (14,0)
Ensemble	300 (100,0)
<i>Activités de groupe^b</i>	
Satisfaisant	141 (47,0)
Partiel (moyen)	47 (15,7)
Inadéquat	54 (18,0)
Jamais	58 (19,3)
Ensemble	300 (100,0)

^a NB : item étudié chez 296 sujets.

^b NB : items étudiés chez 300 sujets.

Tableau 6
Diversité de discours sur le statut social des personnes handicapées mentales.

Communauté	Statut social/rerelations	Causes
Parents	Aucune considération, malades qu'on ne peut pas guérir Le matin les parents leur laisse un petit repas et partent au champ Ce sont des enfants relégués au second plan et qui sont considérés comme inactifs, comme inutiles pour le développement de la société Relations bonnes à la maison, mais dehors, les autres se moquent d'elles	Sous-alimentation Durs travaux des mamans pendant la grossesse
Autorités traditionnelles	Doivent être mises à l'écart à cause de leur comportement, il faudrait les isoler, souvent renvoyées des lieux publics Dans les cas extrêmes, il faudrait les éliminer bien que l'infanticide ne soit pas une bonne décision Leur présence n'est pas nécessaire surtout si l'on veut prendre des décisions importantes Elles n'ont droit à aucun respect, car elles sont considérées comme des êtres inutiles, déréglées classées automatiquement parmi les malades. Pour certaines personnes, les nourrir est une perte Les autres enfants refusent de rester avec elles, souvent obligées de rester toutes seules, laissées à la charge exclusive des mamans Les enseignants ne s'en occupent pas bien, car elles perdent du temps aux enfants normaux Même bien habillées par leurs parents, elles sont la risée de la communauté et leurs moindres gestes soulèvent des rires et moqueries	Destin, envoûtement Maladie héréditaire Malnutrition précoce Accouchement difficile ou à domicile Sorcellerie Causes naturelles Punition divine
Personnel de santé	Les handicapés légers sont acceptés par les autres enfants tandis que les personnes qui ont des formes sévères ou chroniques sont rejetées, négligées, humiliées Elles se promènent dans les marchés, sont renvoyées des étalages Non scolarisées ou sont renvoyées pour insuffisance de travail Se présentent dans les places publiques pendant les fêtes et aiment chanter et faire le pitres	Hérédité, sorcellerie Malformations Accouchement difficile ou à domicile Absence de consultation prénatale Traumatisme crânien
Enseignants	Certaines sont laissées à elles-mêmes tandis que d'autres sont à la charge de leurs parents On ne leur donne pas la parole Elles ont des difficultés à l'école, or il n'y a pas d'école spécialisée Isolées, considérées comme des personnes à part Leurs camarades n'aiment pas jouer avec elles parce qu'elles posent des actes incohérents	Malformation congénitale Hérédité Maladie précoce Mauvais encadrement Punition de Dieu

3.3.4. Images positives de la personne handicapée mentale

Dans le même temps certains handicapés étaient réputés porteurs de pouvoirs surnaturels, qui donnent accès à des vérités inaccessibles. Acceptés et pris en charge beaucoup plus par la famille, ils sont reconnus comme des personnes mais possédant une dimension supérieure. Ce sont donc des personnes « malades » qu'il faut accepter comme telles, « comme Dieu l'a voulu », et dont il faut s'occuper. Les principaux arguments amenant à l'acceptation et à la prise en charge ont trait à la volonté divine, au destin humain ou familial, à la solidarité communautaire, à la simple pitié envers des êtres mentalement et physiquement anormaux mais sacrés.

4. Discussion

Le handicap considéré dans cette étude comme une maladie du lien à soi et aux autres, est habituellement repéré en fonction de la tolérance de la société et par rapport aux normes sociales dictées par sa culture. Le degré de sévérité n'a pu être étudié dans cette étude qui, non plus, n'a pas utilisé d'instruments de mesure clinique. Cette évaluation clinique aurait permis de poser des hypothèses étiologiques devant servir de base pour les recherches futures. Les tests statistiques auraient permis de mieux dresser le portrait social des jeunes handicapés mentaux.

Néanmoins, des données utiles sur le handicap mental apportent un éclairage sur la situation sociale permettant d'élaborer des politiques et services d'aide et de prévention. La proportion des sujets âgés de plus dix ans (58,8 %) laisse penser qu'il n'existe pas encore de dépistage précoce ou de prise en charge efficace du handicap, comme dans la plupart des pays africains [1,8]. Sur le plan scolaire, généralement, ni les écoles, ni le système éducatif du premier degré ne prévoient de pédagogie particulière pour les sujets présentant des difficultés d'apprentissage. La majorité des sujets (65,1 %), sans prise en charge médicopsychologique, ont des difficultés à maîtriser leur agressivité et sont donc difficilement éducatifs en groupe comme l'ont confirmé les travaux de Corin et Harnois [4]. Le corollaire logique est la non-scolarisation (70 % dans la présente étude). Ceux qui gèrent leur agressivité assez bien peuvent bénéficier de programmes d'éducation et de réadaptation à assise communautaire surtout que la majorité (58,3 %) de l'échantillon n'éprouvent pas de peur envers le prochain. Malgré les comportements de marginalisation affichés par certains adultes et enfants, on observe généralement des formes de solidarité vis-à-vis des familles des PHM dans leurs tâches d'éducation. Ainsi, selon les logiques locales africaines qui veulent que l'éducation d'un enfant incombe à toute la communauté, l'on observe la même attention communautaire vis-à-vis des PHM [5,11]. C'est, par

exemple, le fait de se faire le devoir de protéger ou de recommander chez eux des PHM égarés ou en danger ; ou encore le soutien moral des voisins ou des parents proches.

La communauté est loin d'être ce groupe mythique traditionnel et solidaire, elle est en évolution, et peut être source de handicap. Dubus [7] rappelle à ce propos les conduites de rejet les plus cruelles peuvent être mêlées à des sentiments intenses de culpabilité et de réparation. Comme au Moyen Âge, leur anormalité ne peut être que l'œuvre de Dieu ou du démon, et il faut les couper de la communauté ; à un degré de plus, le mouvement de réparation conduit à faire du simple d'esprit, du sot, celui qui détient la sainteté [9]. L'Égypte, dit-on, divinisait les arriérés, et ici, c'est l'image ambiguë que donne à voir le « *sot du village* » qui n'est pas tout à fait fou.

5. Conclusion

La diminution des compétences langagières et la participation aux tâches de la vie quotidienne semblent constituer les principaux critères dans l'étiquetage comme handicapé mental dans la région centrale du Togo. Le handicap mental est diversement perçu et expliqué. Il puise ses causes dans le surnaturel et son étiologie est mise sur le compte de la possession par les esprits maléfiques, le mauvais sort ou la punition infligés aux parents, à la famille ou à la tribu. C'est un fait provenant de sorciers, d'esprits divins ou de Dieu, destiné à sanctionner, à se venger ou tout simplement à fixer un destin. Rarement, il peut être un porte-bonheur et il faut tout faire pour le préserver le plus longtemps possible. De ces représentations, découlent des attitudes ou comportements contradictoires à l'égard des personnes vivants avec le handicap mental et de leurs parents, allant de la dérision, culpabilisation, marginalisation à la compassion et à la solidarité.

Les interactions avec le social, les stigmatisations, et les représentations sociales négatives du handicap interviennent et déterminent la place de la personne handicapée dans sa communauté. C'est l'image de manques, d'incapacités, d'inadaptations, de pathologie, que sous-tendent les comportements, les attitudes, les connaissances et les opinions dans le domaine du handicap.

Un changement de représentation est nécessaire dans nos communautés et dans nos habitudes culturelles pour penser le

handicap mental en termes plus positifs de potentialités, de qualités, de possibilités mentales susceptibles de se développer dans une dynamique évolutive et de progrès. Ce changement doit modifier nos conceptions pédagogiques pour l'accompagnement et l'intégration des personnes handicapées.

Références

- [1] Abiodun O-A. Mental health and primary care in Africa. *Int J Ment Health* 1989;18:48-56.
- [2] American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 1993 [278 p.].
- [3] Classification internationale des maladies. Dixième révision (CIM-10). Paris - Milan, Bonn: OMS; 1996, [266 p.].
- [4] Corin E, Harnois G. Continuité et articulation entre soins et accompagnement. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale* 1989;3:17-21.
- [5] Dassa SK, Balaka B, Agbèrè AD, Kouassi AK, Wiyau A, Amouzou K, et al. Pratiques éducatives et environnement socioculturel de l'enfant de 0 à 5 ans dans la région centrale du Togo. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2007;158:287-95.
- [6] Dubuis J. La réhabilitation dans le monde. In: Vidon G, editor. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris: Éditions Frison-Roche; 1995. p. 63-80.
- [7] Dubus P. À propos de la déficience intellectuelle : des mécanismes psychopathologiques et des représentations culturelles aux applications sur le terrain. In: Mercier M, Ionescu S, Salbreux R, editors. *Approches interculturelles en déficience mentale*. Namur: Presses Universitaires de Namur; 2001. p. 81-8.
- [8] Helander E, Mendis P, Nelson G, Goerdts A. Aider les personnes handicapées là où elles vivent. Genève (Suisse): OMS; 1991 [400 p.].
- [9] Ionescu S. L'approche interculturelle du retard mental : recherches et pratiques. In: Mercier M, Ionescu S, Salbreux R, editors. *Approches interculturelles en déficience mentale*. Namur: Presses Universitaires de Namur; 2001. p. 11-24.
- [10] Martens A-F. La famille et la souffrance de l'enfant. In: Gueye M, Seck B, Mercier M, Mattys M, editors. *Approches interculturelles en santé mentale*. Namur: Presses Universitaires de Namur; 2001. p. 149-51.
- [11] Martens F. La part de Dieu. La psychanalyse en regard des thérapies traditionnelles. In: Gueye M, Seck B, Mercier M, Mattys M, editors. *Approches interculturelles en santé mentale*. Namur: Presses Universitaires de Namur; 2001. p. 161-74.
- [12] Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV. Échelle d'évaluation du comportement adaptatif de Vineland, version « enquête » (V.A.B.S.), version simplifiée pour utilisation dans le cadre de la recherche. 1984.
- [13] Wood P. Classification internationale des handicaps : déficience, incapacités et désavantages. OMS, traduction : Inserm CTNERHI. PUF; 1988 [206 p.].