



## **7<sup>ème</sup> CONGRES DE LA FEDERATION AFRICAINE DES TECHNICIENS ORTHOPROTHESISTES (FATO)**

**« Surmonter les obstacles au développement de la réadaptation:  
bonnes pratiques pour les plans nationaux »**

Yamoussokro CÔTE D'IVOIRE, du 30 SEPTEMBRE au OCTOBRE 2013

**LIVRET 2**

### **Surmonter les obstacles à la réadaptation: Où en sommes nous?**

## **7<sup>th</sup> AFRICAN FEDERATION OF ORTHOPAEDIC TECHNICIANS (FATO) CONGRESS**

**« Addressing barriers to development of rehabilitation - Good practice  
for the national plans »**

Yamoussokro IVORY COAST, 30 SEPTEMBER to 05 OCTOBER 2013

### **Addressing barriers to rehabilitation: where are we?**

**BOOKLET 2**

## **RESPONSABILITE**

La Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes (FATO) a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, la Fédération Africaine des Techniciens Orthoprothésistes (FATO) ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

## **RESPONSIBILITY**

The African Federation of Orthopaedic Technicians (FATO) has taken all reasonable precautions to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without any warranty of any kind, either expressed or implied. The interpretation and the use of the material are under the responsibility of the reader. In any case, the African Federation of Orthopaedic Technicians (FATO) should not be responsible for damages arising from its use.

# REMERCIEMENTS / THANKS



# SOMMAIRE / CONTENTS

Plan général / General plan.....	6
----------------------------------	---

## FRANÇAIS

<b>Isabelle URSEAU</b> PROGRAMME SCIENTIFIQUE.....	8
<b>Masse NIANG</b> FATO: Aperçu du secteur de la réadaptation en Afrique et plan pour le futur .....	10
<b>Chapal KHASNABIS</b> Initiatives de l'OMS visant à assurer de meilleurs soins de santé pour les personnes handicapées.....	12
<b>Vincent KADUMA</b> CDPH : Accès aux centres de réadaptation .....	13
<b>Oumar DIOP</b> Expérience du processus d'élaboration de la loi d'orientation sociale au Sénégal .....	14
<b>Salifou GANDEMA</b> Profil épidémiologique du handicap physique au burkina faso .....	15
<b>Jeanne KAGWIZA</b> Profil de la déficience, limitation d'activité et les restrictions de participation des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral au Rwanda .....	16
<b>Salomé SARIA</b> Évaluation de la gravité des accidents de la circulation routière dans la région du Kilimandjaro Tanzanie .....	18
<b>Adama AMAH</b> Articulation polycentrique alternative pour une prothèse de désarticulation du genou .....	20
<b>Andreas KANNENBERG</b> Considérations biomécaniques basées sur des données probantes dans le choix d'un genou prothétique.....	22
<b>Julien BOMBO</b> Problématique de la réinsertion des blessés médullaires en Côte d'Ivoire : état des lieux .....	24
<b>Tokpessa LAKNA</b> La rééducation de l'enfant infirme moteur cérébral (IMC) .....	25
Les nouvelles pratiques et pratiques précédentes au Togo. ....	25

## ENGLISH

<b>Isabelle URSEAU</b> SCIENTIFIC PROGRAM .....	27
<b>Masse NIANG</b> FATO: Overview of rehabilitation sector in Africa and plans for future .....	29
<b>Chapal KHASNABIS</b> WHO initiatives towards ensuring better health care for People with Disabilities .....	31
<b>Vincent KADUMA</b> UNCRPD and Access to Physical Rehabilitation Services.....	32
<b>Oumar DIOP</b> Experience in the development process of social orientation law in Senegal .....	33
<b>Salifou GANDEMA</b> Epidemiological profile of the physical disability In burkina faso .....	34
<b>Jeanne KAGWIZA</b> Profile of impairment, activity, limitation and participation restriction among people with hiv on antiretroviral therapy in rwanda .....	35
<b>Salomé SARIA</b> Assessment of the magnitude of road traffic accidents at kilimandjaro region tanzania .....	37
<b>Adama AMAH</b> Alternative design, polycentric mechanical knee joint for knee disarticulation prosthesis.....	39
<b>Andreas KANNENBERG</b> Evidence-based and biomedical considerations for the selection of prosthetic knees.....	40
<b>Julien BOMBO</b> Problématique de la réinsertion des blessés médullaires en cote d'ivoire : état des lieux .....	42
<b>Tokpessa LAKNA</b> The rehabilitation of children with cerebral palsy: New practices and previous practices in togo .	43

Livret  
2

## SURMONTER LES OBSTACLES A LA READAPTATION: OU EN SOMMES NOUS?

### Plan général / General plan

#### Livret 1 / Booklet 1

- Plan général-Programme
- General plan-Program

#### Livret 2 / Booklet 2

- Surmonter les obstacles à la réadaptation: Où en sommes-nous?
- Addressing barriers to rehabilitation: where are we?

#### Livret 3 / Booklet 3

- Politiques et mécanismes de régulation
- Policies and regulatory mechanisms

#### Livret 4 / Booklet 4

- Stratégies en RH
- HR strategies

#### Livret 5 / Booklet 5

- Prestation de Services
- Service delivery

#### Livret 6 / Booklet 6

- Pratiques professionnelles
- Professional Practice

# FRANÇAIS



**Isabelle URSEAU**

*Isabelle a obtenu un diplôme d'orthoprothésiste il y a 25 ans en France. Après avoir exercé quelques temps en France, elle a décidé de rejoindre Handicap International pour travailler à l'étranger.*

*Elle a travaillé pendant 13 années dans différents pays (Colombie, Inde, Vietnam, Equateur, Mozambique) comme orthoprothésiste, formatrice, coordonnatrice technique de réadaptation et enfin comme conseiller technique au Ministère de la Santé au Mozambique. Elle a également travaillé à la mise en place de projets avec des ONG locales.*

*En 1999, elle est revenue au siège de Handicap International (France) pour rejoindre l'équipe technique en tant que référente orthopédique principale en charge des projets de développement et de formation des orthoprothésistes sur le terrain, avant de devenir Responsable du Domaine Services de Réadaptation créé en 2008.*

*Elle a profité de ce temps en France pour passer une Licence en Education et un Master en Management & Evaluation.*

*Elle a collaboré à des recherches et publications (orthèses en PVC/PP en Inde, pieds prothétiques en caoutchouc vulcanisé au Mozambique, appareillages orthopédiques et recherche en cours sur « la pérennité des services de réadaptation »).*

*Elle est également impliquée en tant que membre d'ISPO France et de la FATO.*

**FEDERATION HANDICAP INTERNATIONAL**  
14 avenue Berthelot, 69361 Lyon Cedex 07, France

Livret  
2

## SURMONTER LES OBSTACLES A LA READAPTATION: OU EN SOMMES NOUS?

PROGRAMME SCIENTIFIQUE



**FATO: Aperçu du secteur de la réadaptation en Afrique et plan pour le futur**



**Masse NIANG**

*Orthoprothésiste de formation, Masse NIANG a suivi plusieurs formations universitaires notamment en Sciences sociales et Santé Publique option « Education et Santé » à Lille II et Lille III en France, doublée d'un Diplôme Universitaire en santé publique option « Santé et développement » à Nancy et une formation en gestion multi projets à l'université d'UQAM au Canada. 25 ans d'expérience en programmes humanitaires et de développement en Afrique avec plusieurs Organisations Internationales non gouvernementales. Ayant occupé plusieurs postes de coordination et de gestion de projets multiples dans le domaine du social et de la santé, il dispose d'une bonne connaissance du développement et de la gestion de projets en faveur des organisations de personnes handicapées.*

*Il a été amené à participer activement à la mise en place d'un réseau prenant en compte les organisations de personnes handicapées, les professionnels de la santé et du social, les gouvernements et des programmes de développement. Il préside actuellement la*

*Fédération Africaine des Orthoprothésistes (FATO) qui regroupe une trentaine de pays africains.*

**Livret  
2**

## **SURMONTER LES OBSTACLES A LA READAPTATION: OU EN SOMMES NOUS?**

FATO: Aperçu du secteur de la réadaptation en Afrique et plan pour le futur

**Pour en savoir plus**

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



**Initiatives de l'OMS visant à assurer de meilleurs soins de santé  
pour les personnes handicapées**



**Chapal KHASNABIS**

*Orthoprothésiste de profession, mais conscient de la nécessité, il s'est tourné vers le monde de la santé communautaire et de réadaptation à base communautaire (RBC). Après avoir travaillé pendant 15 ans avec le Ministère de la Santé et le Ministère de la Protection Sociale (Gouvernement de l'Inde), il a fondé Mobility India, une organisation non gouvernementale (ONG) de premier plan dans le domaine du handicap et du développement. À l'heure actuelle, il travaille dans l'équipe Handicap et Réadaptation de l'OMS et est responsable de la promotion de la recherche communautaire et des aides techniques, aides à la mobilité, en particulier. Il est le principal architecte et rédacteur en chef des Lignes Directrices de la RBC, les lignes directrices en fauteuil roulant et quelques autres importants documents de l'OMS. Il utilise 33 ans de son expérience de travail au sein du gouvernement, des ONG et des organisations internationales pour mettre en exergue la nécessité et l'intérêt de la RBC et aides techniques.*

**Remarque**

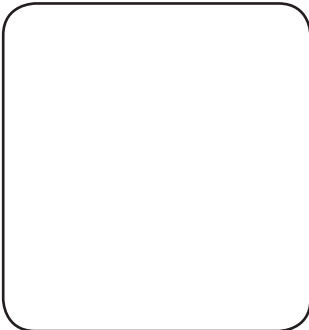
Il n'existe pas de résumé en version française. Se référer au site Web de la FATO pour consulter les présentations PowerPoint.

Livret  
2

## SURMONTER LES OBSTACLES A LA READAPTATION: OU EN SOMMES NOUS?



### CDPH : Accès aux centres de réadaptation



**Vincent KADUMA**

*Email: vkaduma@icrc.org*

#### Remarque

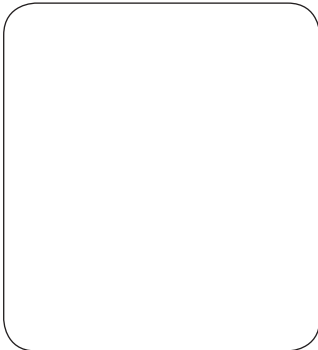
Il n'existe pas de résumé en version française. Se référer au site Web de la FATO pour consulter les présentations PowerPoint.

Livret  
2

## SURMONTER LES OBSTACLES A LA READAPTATION: OU EN SOMMES NOUS?



### Expérience du processus d'élaboration de la loi d'orientation sociale au Sénégal



#### **Oumar DIOP**

Coordonnateur de *HANDICAP FORMEDUC / CRPH*  
(Centre de Ressources pour la Promotion des Droits des Personnes Handicapées)  
Coordonnateur de la Plateforme DESC au Sénégal

#### Remarque

Il n'existe pas de résumé en version française. Se référer au site Web de la FATO pour consulter les présentations PowerPoint.



**Profil épidémiologique du handicap physique au  
burkina faso**

**Salifou GANDEMA**

*Médecin Rééducateur, Assistant Chef de Clinique, CHU Souro Sanou,  
01 BP 474 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.  
E-mail : gandemasalif@yahoo.fr*

*Co-auteurs:*

*CESSOUMA K. R, P. DAKOURE W.P, B. NACRO*

**Key words:** physical disability, rehabilitation, hemiplegia, Burkina Faso.

**Introduction**

The occurrence of a physical disability remains a heavy burden for the person, her family and the whole community. The organization of its management in sub-Saharan Africa remains difficult due to a lack of reliable data.

**Objective**

The objective of our study was to establish the epidemiologic profile of the physical disability in Burkina Faso.

**Material and method**

This was an epidemiological survey conducted among 17 functional rehabilitation centers in Burkina Faso. Our study population consisted of 113 patients with physical disabilities and met during the investigation.

**Results**

The analysis related to 113 patients with physical disabilities, including 67 males and 46 females. The average age was 30 years. Pathologies responsible for physical disability in Burkina Faso are dominated by the hemiplegia (25%), limb traumatism (19%), paralytic after effects of poliomyelitis (11%), cerebral palsy (11%), traumatized the neurological exchanges (9%), congenital malformations (6%) and the paralysis of the sciatic nerve (5%).

**Conclusion**

The epidemiology of disability in Burkina Faso is marked by the emergence of diseases like hemiplegia and the regression of diseases like poliomyelitis and iatrogenic sciatic nerve palsies. 75% of all these disabling disorders are accessible to a type of primary prevention.

**Pour en savoir plus**

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



**Profil de la déficience, limitation d'activité et les restrictions de participation des personnes vivant avec le VIH sous traitement antiretroviral au Rwanda**



**Jeanne KAGWIZA**

*Kigali Health Institute, Kigali-Rwanda, BP 3286,  
Tel. (+250) 788755364, jkagwiza@yahoo.fr / jkagwiza@khi.ac.rw  
Co-auteurs:  
Patricia Struthers (trish.struthers@gmail.com) &  
Jennifer Jelsma ( Jennifer.jelsma@uct.ac.za )*

**CONTEXTE**

Avec l'avènement de la thérapie antirétrovirale (ARV), la durée de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a augmenté de façon spectaculaire, et l'infection par le VIH est désormais considérée comme une maladie chronique avec des épisodes d'accompagnement des exacerbations et des rémissions des symptômes. De nombreuses pathologies telles que les pathologies Neuromusculaires et squelettiques, la dépression et la perte de mémoire ont été associées au VIH et de sa prise en charge médicale, et dont beaucoup peuvent entraîner une incapacité fonctionnelle.

Le Rwanda est parmi les dix pays d'Afrique sub-saharienne les plus touchés par la pandémie du VIH / SIDA et, en 2003, le Rwanda a été le premier pays au monde à fournir des traitements antirétroviraux. À ce jour, au Rwanda, il n'y a aucune information sur le degré d'invalidité chez les PVVIH, ce qui pourrait être causée par l'infection de VIH elle-même ou les ARV.

**OBJECTIF**

Déterminer le profil de déficience, une limitation d'activité et les restrictions de participation des PVVIH sous ARV, au Rwanda.

**PARTICIPANTS** :Quinze hôpitaux à travers le pays ont été visités entre Juin et Août 2010. Cinq cent vingt adultes PVVIH (filles et garçons) se sont portés volontaires pour participer à l'étude et parmi 520 questionnaires, 502 ont été complétés.

**METHODES**

Dans une étude exploratoire et transversale, en utilisant des entretiens face à face, un ensemble de codes ICF et le questionnaire ; OMS DAS 2.0 a été utilisé pour décrire la fréquence des déficiences, les limitations d'activités et restrictions de participation chez les PVVIH sous ARV. L'instrument a été traduit en langue locale; Kinyarwanda.

**ANALYSE**

Les statistiques descriptives ont été utilisées pour toutes les variables démographiques. Les statistiques inférentielles telles que le test T, Pearson, corrélation de Spearman et test du chi carré ont été utilisés pour tester l'égalité de la moyenne et pour déterminer la relation et association entre les variables sous déficience, les domaines de la limitation d'activité et de restriction de participation.

## SURMONTER LES OBSTACLES A LA READAPTATION: OU EN SOMMES NOUS?

Profil de la deficiance, limitation d'activite et les restrictions de participation des personnes vivant avec le vih sous traitement antiretroviral au rwanda

### RESULTATS

Nos résultats ont indiqué que les hommes étaient plus âgés que chez les femmes, cinq ans de différence. Le statut matrimonial le plus courant était marié pour les hommes et pour les femmes ; veuve. Certains des problèmes/ difficultés les plus fréquents sous chaque fonction incluse; faire des choses pour le plaisir (84%), fatigabilité (83%), la douleur (69%), le fonctionnement affectif/emotions (61%), se tenir debout pendant de longues périodes (57%), L'analyse et la recherche de solution (49%) et des activités sexuelles (40%).

### CONCLUSION

Les difficultés / problèmes liés à la participation/ fonctions sociales ont marqué des pourcentages élevés par rapport aux problèmes signalés dans tous les autres domaines. Ces résultats soulignent l'importance des soins de réadaptation pour les PVVIH sous ARV, qui considère l'intégration et l'approche interactive pour comprendre le handicap et il devrait inclure le maintien et la restauration de la fonction.

#### Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



**Evaluation de la gravite des accidents de la circulation routiere  
dans la region du kilimandjaro tanzanie**

**Salomé SARIA**

TATCOT-KCMC  
Box 8690, Moshi, Tanzania  
sariaslome@yahoo.co.uk  
Tel: +255 27 27 53986/7 Mob: +255762921785

**Mots clés:** conducteurs, piétons, charrettes, vélos, motos, panneaux de signalisation, l'environnement, les accidents, les blessures, la sécurité routière, acte de décès.

**Contexte**

Les blessures de la route (IAG) constituent un problème majeur de santé et socio-économique; causant non seulement des coûts évitables de soins de handicap, la maladie et la santé, mais aussi des décès. Selon le Global Burden of Disease Study Organisation mondiale de la santé (2003), accidents de la circulation sont la principale cause d'années de vie et de mort ajustées sur l'incapacité (DALY) perdues dans le monde entier. Accident de la route et des blessures connexes sont sous reconnue comme un problème majeur de santé publique dans les pays en développement (OMS, 1983) comme d'autres maladies infectieuses telles que le paludisme et le VIH / sida RTA continuent de causer la morbidité, la mortalité et le handicap en Tanzanie. Objectifs: Détermination de l'ampleur des accidents de la route au Kilimandjaro.

**Méthodologie**

Descriptif / Étude rétrospective des dossiers impliquant des victimes d'accidents de la circulation automobile.

**Résultats**

un total de 7117 blessures se sont produites dans cette période de 2008 à 2012 à cause d'accidents de la route. Parmi les victimes de l'accident, 1764 de 7117 (24,78 = 25%) ont perdu la vie, et 967 (13,58 = 14%) ont subi des blessures graves entraînant une incapacité permanente. La majorité de l'âge des victimes varie de 20 à 50 ans. Facteurs ont contribué étaient, non qualifiés drivers / pilotes, mauvais état des routes, la négligence et les conducteurs ivres / cavaliers, aux intempéries coulissantes routes et porté les pneus, la poussière contribué aux zones où les routes devaient être rendues permanentes.

**Discussions / conclusions**

Au niveau mondial, il est nécessaire d'améliorer la sécurité du système de transport pour les usagers et pour réduire les inégalités actuelles dans le risque d'encourir des traumatismes dus aux accidents de la route. Humain, véhicule et environnement - au cours de trois phases d'un incident du crash soit pré-crash, accident et après l'accident; par réduction de l'exposition au risque, la prévention des accidents de la route se produisent, réduire la gravité des blessures en cas d'accident, la réduction / améliorés après la collision de soins sont les principaux domaines à traiter avec toutes les ressources disponibles.

## SURMONTER LES OBSTACLES A LA READAPTATION: OU EN SOMMES NOUS?

Evaluation de la gravite des accidents de la circulation routiere dans la region du kilimandjaro tanzanie

L'éducation à la sécurité routière, le recrutement de conducteurs qualifiés, de renforcer acte politique de 1996 n0 30 et 1999, aucun 16 est très important. Introduire une politique pour les motocyclistes, la participation communautaire pour la sécurité routière / pause de la loi dans l'utilisation des routes, de sensibiliser et de mobilisations de la bonne utilisation des routes, le service régulier des voitures / motos, de restreindre l'utilisation de téléphones cellulaires au volant. Malgré l'existence de programmes de sécurité routière, la signalisation routière pour réduire la vitesse, des accessoires et de la police de la circulation routière dans tout le district le long des routes principales, il ya toujours une sérieuse menace d'accidents de la circulation automobile. Les planificateurs et les publics dans leur ensemble devraient face à l'ampleur des accidents de la route en Tanzanie de manière adéquate.

### Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



## **Articulation polycentrique alternative pour une prothese de desarticulation du genou**

### **Adama AMAH**

ADAMA Amah S. Amah S.  
Bld de la victoire, Maritime BP 1271 Lomé Togo  
Téléphone: +228 90825434  
adamaamah@hotmail.com

**Mots clés:** prothèse, conception polycentrique du genou, simulation physique, appareillage

Il existe différentes options et modèles de genoux prothétiques pour désarticulation du genou qui offrent les fonctions nécessaires au cours de la phase d'appui et d'oscillation. Cependant, la plupart de ces composants sont très chers et ne sont pas disponibles localement dans les pays en développement. Il y a donc un challenge de concevoir une articulation qui sera moins cher, mais la chose la plus importante est d'améliorer la fonction et l'apparence cosmétique des amputés appareillés avec cette articulation.

### **Objectif**

Faire connaître l'articulation mécanique polycentrique du genou pour une prothèse de désarticulation du genou, et aussi de montrer le résultat de l'essai de la nouvelle articulation.

### **Matériels et méthodes**

Collecte de données via le protocole mis au point lié à l'ajustement, et aux caractéristiques de la marche normale et la comparaison de la marche de l'ancienne et de la nouvelle prothèse. Questionnaires individuels remplis par chaque sujet pour l'ancienne et la nouvelle prothèse. La dépense d'énergie grâce à la comparaison de la consommation d'oxygène.

### **Résultats**

Quatre sujets ont été appareillés, l'augmentation de la dépense énergétique était de 13% et de 21% pour le prototype, 41% et 49% pour l'ancienne prothèse pour le sujet femelle 1et2. Pour le sujet male 1et2 l'augmentation de la dépense énergétique était de 20% et de 31% pour le prototype et 30% et 35% pour l'ancienne prothèse. Autres résultats trouvés à partir du prototype sont les suivants: réduction du poids total de la prothèse, l'amélioration de la mobilité, la stabilité et l'amélioration de la cosmétique de la prothèse.

### **Discussions**

Entre les deux sujets féminins, il y a 8% d'augmentation de la dépense énergétique pour le prototype, ainsi que pour la prothèse précédente. Pour le sujet mâle, il y a 31% et 35% d'augmentation de la dépense énergétique pour le prototype et la prothèse précédente, respectivement. En comparant les résultats, le sujet2 a une augmentation de 11% et de 5% de la dépense énergétique pour le prototype et l'ancienne prothèse. En regardant les résultats des deux prothèses, le sujet1 avait 10% d'augmentation de la dépense énergétique pendant que le sujet2 avait une augmentation de 4% avec l'ancienne prothèse, ceci pourrait être dû au temps passé pour accomplir la distance.

### **Conclusions**

L'articulation mécanique du genou conçu répond aux fonctions nécessaires pour la réhabilitation d'un amputé de désarticulation du genou en statique comme en dynamique. Pour les cas traités, il y avait un succès total mais seulement que les patients étaient des anciens utilisateurs de prothèse et il était difficile de changer leurs allures qu'ils avaient acquis avec l'ancienne prothèse.

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



**Considérations biomécaniques basées sur des données probantes dans le choix d'un genou prothétiques**

**Andreas KANNENBERG**

*Otto Bock HealthCare GmbH, Max-Naeder-Str. 15,  
D-37115 Duderstadt, Allemagne, Tél. : +49-5527-848 3401  
andreas.kannenberga@ottobock.de*

*Co-auteurs: Siegmar Blumentritt, PhD  
Otto Bock HealthCare GmbH, Max-Naeder-Str. 15,  
D-37115 Duderstadt, Allemagne, siegmar.blumentritt@ottobock.de*

**Mots clés :** prescription d'un genou prothétique basée sur des preuves, considérations biomécaniques sur les genoux prothétiques

**Objectif**

Il existe plus de 200 différents genoux prothétiques pour les personnes amputées au-dessus du genou, soit une diversité d'interventions prothétiques quasi-ingérable. Des recensions systématiques de la littérature ont fourni la preuve que pour 60 à 80% des personnes ayant subi une amputation transfémorale, des genoux prothétiques contrôlés par microprocesseur (MPK) seraient bénéfiques en termes de sécurité, de fonctionnement, de mobilité et de satisfaction en comparaison aux genoux prothétiques mécaniques traditionnels. Et pourtant, dans les pays en développement, les genoux prothétiques mécaniques restent la thérapie standard.

**Méthodologie**

Analyse systématique des revues de la littérature sur les effets des genoux prothétiques mécaniques

**Résultats**

Les études sur les genoux prothétiques mécaniques de qualité méthodologique suffisante sont malheureusement trop peu nombreuses pour que l'on puisse en dégager des directives de prescription basées sur des preuves. Les décisions cliniques sont donc prises sur la base de l'expérience professionnelle du prothésiste, qui tiendra rigoureusement compte des considérations biomécaniques dans le choix du genou prothétique.

**Discussion**

Traditionnellement, les genoux prothétiques se catégorisent selon la description de leur type de charnière et de leurs mécanismes de contrôle de la phase d'appui et de la phase pendulaire. En ce qui concerne le contrôle de l'appui, les genoux mécaniques se caractérisent par une relation inversement proportionnelle entre leur sécurité technique et leur rôle de fonctionnement. Aux deux extrémités de la gamme, on trouve le genou bloqué à l'extrémité privilégiant la « sécurité totale » et le genou à axe simple libre, à l'extrémité privilégiant le « pas de sécurité ». Tous les autres types de genoux prothétiques mécaniques peuvent être classés entre ces deux mécanismes extrêmes, dans l'ordre suivant : genoux à frein par friction, polycentriques et hydrauliques. Chacun de ces types de mécanismes du genou présente un niveau de fonctionnement supérieur à celui qui le précède dans l'énumération, mais au prix d'une réduction de la sécurité technique, et donc d'une augmentation du niveau du contrôle moteur requis par la personne amputée pour se servir de la

prothèse en toute sécurité. On peut classer les mécanismes prothétiques de contrôle de la position d'appui en fonction de la capacité qu'ils confèrent au genou à tenir compte de la flexion en situation de mise à l'appui, qui explique les capacités fonctionnelles du genou prothétique et les terrains que la personne amputée est capable de parcourir avec ce genou :

1. Pas de flexion du genou en mise à l'appui (genou bloqué, genou à frein par friction, genou polycentrique à 4 barres). Ces genoux permettent la marche sur un sol plat mais pas de flexion en position d'appui pour amortir les chocs, la marche sur un sol irrégulier ou une pente en alternance et la descente d'escaliers.

2. Flexion du genou limitée en mise à l'appui (adaptateur d'élasticité, genoux polycentriques présentant plus de 5 axes de rotation). Ces genoux permettent la marche sur un sol plat, la flexion en position d'appui pour amortir les chocs, la marche sur un sol légèrement irrégulier, la descente en alternance de pentes douces ( $\leq 5^\circ$ ) mais ne permettent pas la marche sur un sol très irrégulier ou la descente en alternance de pentes raides ( $> 5^\circ$ ) ou d'escaliers.

3. Flexion illimitée du genou (souplesse) en mise à l'appui (genoux hydrauliques). Ces genoux permettent la marche sur un sol plat avec flexion en position d'appui pour amortir les chocs, la marche sur un sol irrégulier et la descente en alternance de pente et d'escaliers.

### Conclusion

Cette classification des articulations de genoux prothétiques va être présentée et des recommandations pratiques vont être fournies pour une prescription individuelle du genou.

#### Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



**Problématique de la réinsertion des blessés médullaires en cote d'ivoire : état des lieux**

**Julien BOMBO**

*Service de MPR CHU de Yopougon  
Téléphone : +225 02 36 35 22  
juliendjomane@yahoo.fr*

*Co-auteurs :  
Alloh D., Manou B., Kouakou J., Akadjé D., Tano M., Seri S.,  
Pillah A., Coulibaly A., Nandjui B.*

**Mots clés** : blessés médullaires, réadaptation, réinsertion socioprofessionnelle.

**Résumé**

La réinsertion socioprofessionnelle constitue la finalité de toute prise en charge en rééducation. Chez les patients neurologiques en général, et particulièrement chez les blessés médullaires, cette réinsertion s'organise en collaboration avec l'équipe médecine physique et de réadaptation et les structures d'aide au financement de la compensation du handicap.

Dans les pays développés, la réinsertion bénéficie d'un soutien institutionnel bien formalisé permettant une meilleure intégration des handicapés.

En Afrique sub saharienne en général, et particulièrement en Côte d'Ivoire, la rééducation et la réadaptation des blessés médullaires souffrent du manque de centres spécialisés. Les efforts de réinsertion des patients sont confrontés à des insuffisances médico-techniques et institutionnelles.

Le but de notre travail est d'évaluer les conditions de réinsertion socioprofessionnelle des patients blessés médullaires au terme de leur prise en charge dans les structures de rééducation et de réadaptation en Côte d'Ivoire.

**Matériel et méthodes**

Le recueil des données s'est fait à partir d'un questionnaire structuré prenant en compte les données épidémiologiques, les capacités fonctionnelles, les modalités d'intégration sociale et professionnelle. Etaient inclus tous les patients blessés médullaires suivis dans le service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Yopougon sur les 5 dernières années et ayant accepté de participer à l'étude.

**Conclusion**

La réinsertion socioprofessionnelle des blessés médullaires est confrontée à de nombreux obstacles dont la source semble résider dans l'absence de plan de réadaptation au niveau national. La solidarité familiale est très vite débordée par la complexité et l'ampleur des besoins de la réadaptation chez ces patients.

**Pour en savoir plus**

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO



**La rééducation de l'enfant infirme moteur cérébral (IMC)  
Les nouvelles pratiques et pratiques précédentes au Togo.**

**Tokpessa LAKNA**

*Auteurs : GALOKPO Kodjovi kinésithérapeute ; tel : 00228 23363612 ;  
LAKNA Tokpessa Kinésithérapeute-Cadre,  
Chef service de Kinésithérapie au CNAO Lomé  
Encadreur de stagiaires, BP : 3173 Lomé tel : 90155850 mail laknainnocent@yahoo.fr*

*Auteur/orateur principal: LAKNA Tokpessa  
Kinésithérapeute-Cadre, Chef service de Kinésithérapie au CNAO Lomé  
Encadreur de stagiaires, BP : 3173 Lomé tel : 90155850 mail laknainnocent@yahoo.fr*

**Mots Clés** : infirmité, moteur, mobilisation, postures, attelles, agrès, prises fines, récupération fonctionnelle, fiche bilan, mode de vie.

**Introduction**

Dans nos différents services de réadaptation nous consultons pour douze(12) pathologies. Le nombre de cas d'IMC ne cesse de croître d'année en année jusqu'à atteindre un chiffre de 544 enfants atteints d'IMC dans le seul service de kinésithérapie du CNAO. Cette situation de nombre croissant et de la délicatesse de la prise en charge de ces cas nous a conduits à opter pour de nouvelles techniques de leur prise en charge.

**Objectifs**

Il consiste à améliorer la qualité de prise en charge des enfants atteints de l'Infirmité Motrice Cérébrale et en second harmoniser les techniques de leur prise en charge sur le plan national voire dans la sous région ouest – africaine.

**Matériel et Méthodes**

Une étude comparative des impacts des pratiques antérieures de la prise en charge des enfants IMC et ceux des nouvelles techniques de leur prise en charge. Pour ce travail nous contacterons un groupe de collègues qui pratiquent toujours les anciennes techniques et confronterons celles-ci aux nouvelles techniques en cours dans le service de kinésithérapie du CNAO. Fondamentalement il s'agira de faire l'état des lieux des pratiques antérieures et de présenter les avantages des nouvelles techniques en cours.

**Résultats**

Une nette amélioration dans la prise en charge des enfants souffrant de l'Infirmité Motrice Cérébrale ; un document sur les nouvelles techniques de prise en charge des enfants IMC est mis à la disposition des professionnels ; l'appropriation de tous les kinésithérapeutes du pays des nouvelles techniques.

Discussion Force est de constater que malgré les efforts pris pour améliorer la qualité de vie de l'enfant IMC ; le nombre de ces enfants naissant avec cette affection est sans cesse croissant. L'inquiétude n'est donc pas leur prise en charge mais de réduire le tau des naissances à risque de faire cette affection.

**Conclusion**

La prise en charge kinésithérapique des enfants IMC est une affaire de tous (parents et les professionnels). Tous doivent non seulement chercher à améliorer la qualité de vie de ces enfants mais aussi freiner le nombre de naissances sans cesse croissant de ces enfants IMC.

Pour en savoir plus

Consulter les publications en version PowerPoint sur le site Web de la FATO

# ENGLISH



## SCIENTIFIC PROGRAM



### Isabelle URSEAU

*Isabelle graduated as P&O (Prosthetist/Orthotist) 25 years ago in France. After some professional practices in France she decided to join Handicap International to work abroad. She worked for 13 years in different countries (Colombia, India, Vietnam, Ecuador, Mozambique) as P&O clinician, trainer, rehabilitation technical coordinator and finally technical advisor within the MoH in Mozambique. She has also worked and implemented projects with local NGOs.*

*In 1999, she came back to Handicap International's head office (France) to join the technical team as Principal Orthopaedic Advisor in charge of projects of development and training in the field of the rehab and P&O, before becoming head of the Rehabilitation Services Unit created in 2008. She also used her time in France to graduate in Education (Degree) and in Management & Evaluation (Master).*

*She collaborated on research and publications (PVC/PP orthoses in India, vulcanized rubber prosthetic feet in Mozambique, orthopedic devices and an ongoing research « sustainability of rehabilitation services »). She is also involved as a member of ISPO France and the FATO.*

FEDERATION HANDICAP INTERNATIONAL  
14 avenue Berthelot, 69361 Lyon Cedex 07, France





## FATO: Overview of rehabilitation sector in Africa and plans for future



### Masse NIANG

*Graduated as P&O (Prothesist/Orthotist, Masse NIANG, has made many university studies namely in Social Sciences and Public Health with the option: "Education and health" in Lille II and Lille III in France coupled with a University Diploma in Public Health, option "Health and Development", in Nancy and a training in management of multi-projects at the University of UQAM in Canada. 25 years experiences in Development and humanitarian programmes in Africa with several International and nongovernmental Organizations. Having occupied several positions of responsibilities in coordination and management of multi-projects in humanitarian and health field, he has a good knowledge in development and management of projects in favour disabled persons organizations. He actively participated in setting up a network caring for disabled people organizations, health, rehabilitation and social professionals, governments and development programmes. He is actually the Chairman and founder member of the African Federation of Orthopaedic Technicians (FATO) which gathers about thirty countries.*

FATO: Overview of rehabilitation sector in Africa and plans for future

**Read more**

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



## WHO initiatives towards ensuring better health care for People with Disabilities



### Chapal KHASNABIS

*A prosthetist/orthotist by profession but realizing the need, moved to the world of community health and Community-based rehabilitation (CBR). After working for 15 years with Ministry of Health and Ministry of Social Welfare (Government of India), he founded Mobility India, a leading Nongovernmental organization (NGO) in the field of disability and development. At present, he works in the Disability and Rehabilitation Team of WHO and responsible for promotion of CBR and assistive devices, mobility devices in particular. He is the key architect and editor of the CBR Guidelines, wheelchair Guidelines and some other important WHO documents. He uses 33 years of his work experience in the government, NGOs and International Organizations to highlight the need for and benefit of CBR and assistive devices.*

#### Notice

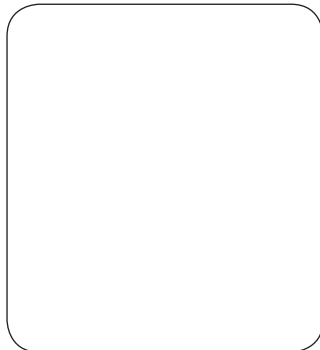
There is no abstract in English. Please refer to the website of the FATO to view PowerPoint presentations.



## UNCRPD and Access to Physical Rehabilitation Services

**Vincent KADUMA**

*Email: vkaduma@icrc.org*



The presentation is meant to recognize in accordance to UNCRPD, Governments as a major role players in making sure there's access to physical rehabilitation services. The need to have multidisciplinary approaches in providing rehabilitation services. The need to have a National plan on Rehabilitation Services and advocate for its effective implementation

But also to highlight the barriers when it comes to rehabilitation services: Main barriers which are financial, environmental and institutional and what are the people with physical disability say about those barriers. Lack or little awareness in regard to rehabilitation services. What can we do to alleviate some of these barriers.

Barriers to PWDs to access rehabilitation services (costs, inadequate HR, information about rehabilitation services, distance from service delivery points, inadequate funding by Governments etc)

Are the views and suggestions of final beneficiary considered when it comes to rehabilitation services? What do the physically disabled say about quality of the appliances, time in regard to the provision of the service? And customer service in general. And what must change.

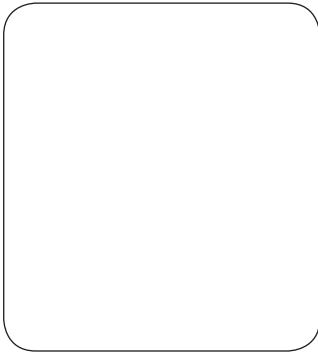
### Conclusion

Though the conference meant to provide a platform for the participants to learn new technologies, new ideas, new knowledge and share experience on rehabilitation services. An avenue of getting scientific insights on rehabilitation services and interacting with experts from various countries. And a platform to establish network of practitioners and professionals in rehabilitation sector.

Beneficiaries who are the physical disabled need to be part and parcel of the conference and avail more time for them to share their experiences on the services they receive from the professional, but also their voice need to be heard in regard to rehabilitation services in general. As the popular saying goes. (Nothing for us without us)



## Experience in the development process of social orientation law in Senegal



### **Oumar DIOP**

*Coordinator HANDICAP FORMEDUC / CRPH*

*(Resource Centre for the Promotion of the Rights of Persons with Disabilities)*

#### Notice

There is no abstract in English. Please refer to the website of the FATO to view PowerPoint presentations.



## Epidemiological profile of the physical disability In burkina faso

### Salifou GANDEMA

*Rehabilitation Physician, Assistant Clinic Manager,  
CHU Souro Sanou, 01 BP 474 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.  
E-mail : gandemasalif@yahoo.fr*

*Co-authors:*

*CESSOUMA K. R, P. DAKOURE W.P, B. NACRO*

**Keywords:** physical disability, rehabilitation, hemiplegia, Burkina Faso.

#### Introduction

The occurred of a physical disability remains a heavy burden for the person, her family and the whole community. The organization of its management in sub-Saharan Africa remains difficult fault of reliable data.

#### Objective

The objective of our study was to establish the epidemiologic profile of the physical disability in Burkina Faso.

#### Material and method

This was an epidemiological survey conducted among 17 functional rehabilitation centers in Burkina Faso. Our study population consisted of 113 patients with physical disabilities and met during the investigation.

#### Results

The analysis related to 113 patients with physical disabilities, including 67 males and 46 females. The average age was 30 years. Pathologies responsible for physical disability in Burkina Faso are dominated by the hemiplegia (25%), limb traumatism (19%), paralytic after effects of poliomyelitis (11%), cerebral palsy (11%), traumatized the neurological exchanges (9%), congenital malformations (6%) and the paralysis of the sciatic nerve (5%).

#### Conclusion

The epidemiology of disability in Burkina Faso is marked by the emergence of diseases like hemiplegia and the regression of diseases like poliomyelitis and iatrogenic sciatic nerve palsies. 75% of all these disabling disorders are accessible to a type of primary prevention.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



## Profile of impairment, activity, limitation and participation restriction among people with hiv on antiretroviral therapy in rwanda



### Jeanne KAGWIZA

*Kigali Health Institute, Kigali-Rwanda, BP 3286,*

*Tel. (+250) 788755364, jkagwiza@yahoo.fr/jkagwiza@khi.ac.rw*

*Co-authors:*

*Patricia Struthers(trish.struthers@gmail.com) &*

*Jennifer Jelsma ( Jennifer.jelsma@uct.ac.za)*

### BACKGROUND

With the advent of antiretroviral therapy (ART), the life span of people living with HIV (PLWH) has dramatically increased, and HIV infection is now considered a chronic illness with accompanying episodes of exacerbations and remissions of symptoms. Numerous conditions such as Neuro-musculoskeletal conditions, depression, and loss of memory have been associated with HIV and its medical management, and many of which may result in disability. Rwanda is among the ten countries in Sub-Saharan Africa most severely affected by the pandemic of HIV/AIDS and in 2003, Rwanda become the first country in the world to provide ART. To date in Rwanda, there is no information about the extent of disability among PLWH, which might be caused by the HIV infection or the ART

### PURPOSE

To determine the profile of impairment, activity limitation and participation restriction among PLWH on ART, in Rwanda

### PARTICIPANTS

Fifteen hospitals throughout the country were visited between June and August 2010. Five hundred and twenty adults PLWH (female & male) volunteered to take part in the study and of these five hundred and two questionnaires were completed.

### METHODS

In an exploratory cross-sectional study, using face to face interviews, an ICF core set of codes and the WHO DAS 2.0 was used to describe the frequency of impairment, activity limitation and participation restriction among PLWH on ART. The instrument was translated into local language; Kinyarwanda.

### ANALYSIS

Descriptive statistics were used for all demographics variables. Inferential statistics such as T test, Pearson, Spearman correlation and Chi-square test were used to test equality of the mean and to determine relationship and association between variables under impairment, activity limitation and participation restriction domains.

Profile of impairment, activity, limitation and participation restriction among people with hiv on antiretroviral therapy in rwanda

### RESULTS

Our results indicated that male were older than female, five years difference. The most common marital status was married for males and widowed for females. Some of the most prevalent problems/difficulties under each function included; doing things for pleasure (84%), fatigueability (83%), pain (69%), emotional functioning (61%), standing for long periods (57%), Analysing and finding solution (49%) and sexual activities (40%).

### CONCLUSION

Difficulties/Problems in Participation/social functions scored high percentages compared to problems reported in all other domains. These findings underline the importance of rehabilitation care for PLWH on ART, that considers the integrative and the interactive approach to understand disability and it should include the maintenance and the restoration of function.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



## Assessment of the magnitude of road traffic accidents at kilimandjaro region tanzania

### Salomé SARIA

TATCOT-KCMC  
Box 8690, Moshi, Tanzania  
sariaslome@yahoo.co.uk  
Tel: +255 27 27 53986/7 Mob; :+255762921785

**Key words:** Drivers, pedestrians, carts, bicycle, motorcycle, traffic signs, environment, accidents, injuries, road safety act, deaths.

### Background

Road Traffic Injuries (RTIs) constitute a major health and socioeconomic problem; causing not only avoidable disability, ill health and health care cost but also deaths. According to the Global Burden of Disease Study World Health Organization (2003), Road traffic injuries are leading cause of death and disability-adjusted life years (DALYs) lost worldwide.

Road traffic accident and related injuries are under recognized as a major public health problem in developing countries (WHO, 1983) like other infectious diseases such as malaria and HIV/AIDS RTA continue to cause morbidity, mortality and disability in Tanzania.

### Objectives

Determination of the magnitude of road traffic accidents at Kilimanjaro

### Methodology

Descriptive/Retrospective study involving records of victims of motor traffic accidents.

### Results

A total of 7117 injuries occurred in this period of 2008 to 2012 due to road traffic accidents. Among the accident's victims, 1764 out of 7117 (24.78= 25%) lost their lives, and 967(13.58=14%) sustained major injuries leading to permanent disability. The majority of the victims' ages ranged from 20 years to 50 years. Factors contributed were; unskilled drivers/riders, poor roads, carelessness and drunk drivers/riders, weather-sliding roads and worn up tires, dust contributed to the areas where the roads were to be made permanent.

### Discussions/conclusions

Globally there is a need to improve the safety of the traffic system for users, and to reduce current inequalities in the risk of incurring road crash injuries. Human, vehicle and environment – during three phases of a crash event i.e. pre-crash, crash and post-crash by; reducing exposure to risk, preventing road traffic crashes from occurring, reducing the severity of injury in the event of a crash; reducing /improved post-collision care are the major areas to address with all available resources.

Education on road safety, recruitment of skilled drivers, strengthen policy act of 1996 n0 30 and 1999 no 16 is very important. Introduce policy for motorcycle riders, community involvement for road safety /break of the law in road use, sensitize and mobilizations of proper use of the roads, regular service of the cars/ motorcycles, restrict use of cell phones while driving. Despite the existence of road safety programmes, road signs to reduce speed, accessories and road traffic police all over the district along major roads, still there is a serious threat of motor traffic accidents. Planners and public as a whole should address the magnitude of road traffic accidents in Tanzania adequately.

**Read more**

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



## Alternative design, polycentric mechanical knee joint for knee disarticulation prosthesis

### Adama AMAH

*Bld de la victoire, Maritime BP 1271 Lomé Togo  
Téléphone: +228 90825434  
adamaamah@hotmail.com*

**Key words:** prosthesis, polycentric knee design, physical simulation, applied on the subject

There are different options and designs of prosthetic knee joints for knee disarticulation which offer the required functions during stance and swing phase. However, most of these components are very expensive and not locally available in developing countries. There is therefore a challenge to design a joint which is affordable, but the most important thing is to improve the function and the cosmetic appearance of amputees fitted with knee disarticulation prostheses.

#### Objective

Bring up the concept of local design of the polycentric mechanical knee joint for knee disarticulation prosthesis, and also to show the result of the test of the newly knee joint design.

#### Materials and methods

Data collection through developed protocol related to the adjustment, and the characteristics of normal walking and comparison of gait patterns of the previous and the new prostheses. Individual questionnaires completed by patient for the old and the new prostheses. Energy spent through comparison of oxygen consumption.

#### Results

Four subjects were fitted, the increase of energy spent was 13% and 21% for the prototype, and 41% and 49% for the old prosthesis for female subject1 and 2. For the male subject1 and 2 the increase of energy spent was 20% and 31% for the prototype and 30% and 35% for the old prosthesis. Other results found from the prototype are: reduction of the overall weight of the prosthesis, improvement of mobility and stability and reduction of the bulkiness enhances cosmetics of the prosthesis.

#### Discussions

Between the two female subjects, there was 8% of increase of energy spent for the prototype as well as for the previous prosthesis. For the subject 2 male, there was 31% and 35 % increase of energy expenditure for the prototype and the previous prosthesis respectively. Comparing the results, subject-2 has an increase of 11% and 5% of energy expenditure for the prototype and the old prostheses. Looking to the results of the two prostheses, subject-1 has 10% of increase of energy expenditure whereby with the old prosthesis subject-2 has 4% which might be due to the time spent to accomplish the distance.

#### Conclusions

The mechanical knee joint designed and manufactured does meet the necessary functions for the knee disarticulation amputee rehabilitation in static and dynamic situations. For the cases handled, it was successful only that the patients were secondary amputees, it was difficult to change their acquired gaits

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



## Evidence-based and biomedical considerations for the selection of prosthetic knees

### Andreas KANNENBERG

*Otto Bock HealthCare GmbH, Max-Naeder-Str. 15, D-37115 Duderstadt, Germany,  
Phone: +49-5527-848 3401, andreas.kannenberg@ottobock.de*

*Co-author: Siegmar Blumentritt, PhD  
Otto Bock HealthCare GmbH, Max-Naeder-Str. 15, D-37115 Duderstadt, Germany,  
siegmar.blumentritt@ottobock.de*

**Keywords:** evidence-based prosthetic knee prescription, biomechanical considerations on prosthetic knees

### Objectives

With more than 200 different prosthetic knees an almost unmanageable variety of prosthetic interventions are available for above knee amputees. Systematic reviews of the literature have demonstrated that 60 to 80% of transfemoral amputees may benefit from microprocessor controlled prosthetic knees (MPK) in terms of safety, function, mobility, and satisfaction as compared to traditional, mechanical prosthetic knees. However, in developing countries mechanical prosthetic knees are the standard of care, requiring guidance for selection.

### Materials and methods

Analysis of systematic reviews of the literature on mechanical prosthetic knees.

### Results

Too few studies with mechanical prosthetic knees were of good enough methodological quality to develop evidence-based prescription guidelines. Thus, clinical decision making remains to be based on the prosthetist's professional experience, taking into account thorough biomechanical considerations on prosthetic knee options.

### Discussion

Traditionally, prosthetic knees are often categorized by description of their hinge types and their stance and swing control mechanisms. As far as stance control is concerned, mechanical knees are basically characterized by an inverse relationship between their technical safety and their support of function. The two extremes of the spectrum are the locked knee on the "total safety" end and the free single axis knee on the "no safety" end. All other types of mechanical prosthetic knees – friction brake, polycentric, and hydraulic knees – can be sorted in this order in between these two extreme mechanisms. Each type of these knee mechanisms offers more function than the one listed previously, but at the cost of reducing technical safety and thus increasing the level of motor control required by the amputee to safely operate the prosthesis. Prosthetic stance control mechanisms may be classified by their ability of the knee to allow for flexion in the weight bearing condition, explaining the functional capacities of the prosthetic knee and the

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.

terrains the amputee is able to negotiate with it:

1. No knee flexion at weight bearing (locked knee, friction brake knee, 4-bar polycentric knee). These knees support walking on level ground.
2. Limited knee flexion at weight bearing (bouncing adapter, polycentric knees with more than 5 axes of rotation). These knees support walking on level ground, stance flexion for shock absorption, walking on slightly uneven ground, alternate descent of shallow slopes ( $\leq 5^\circ$ ) but do not support walking on very uneven ground or alternate descent of steeper slopes ( $> 5^\circ$ ) or stairs.
3. Unlimited knee flexion (yielding) at weight bearing (hydraulic knees). These knees support walking on level ground with stance flexion for shock absorption, walking on uneven ground as well as alternate slope and stair descent.

### Conclusion

For the time being, biomechanical considerations must guide the selection of mechanical prosthetic knees.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



## Problématique de la réinsertion des blessés médullaires en cote d'ivoire : état des lieux

### Julien BOMBO

*Author/Speaker:*

*Bombo Julien, Service de MPR CHU de Yopougon*

*Téléphone : +225 02 36 35 22*

*juliendjomane@yahoo.fr*

*Co-authors :*

*Allou D., Manou B., Kouakou J., Akadjé D., Tano M., Seri S.,*

*Pillah A., Coulibaly A., Nandjui B.*

**Keywords:** Spinal cord injuries, rehabilitation

### Abstract

The purpose of any spinal cord injury patients' management is the social and professional rehabilitation. Concerning neurological patients in general et spinal injury patient in particular, this rehabilitation is done by the physical therapy team in collaboration with the social security system.

In developed countries, the rehabilitation benefit from an institutional support well organized, allowing a better rehabilitation of disabled.

In the sub sahara area of Africa and especially in Côte d'Ivoire there are no special rehabilitation structures for these kinds of patients. The effort to rehabilitate disabled patients meets social and medical insufficiencies.

The aim of this study is to evaluate the social and professional rehabilitation conditions of spinal cord injuries patients at the end of their treatment in rehabilitation centers.

### Materials and methods

Data was collected from questionnaire concerning epidemiology, functional capacities and the methods of social and professional rehabilitation.

The study included all the spinal cord injured patients followed in the physical medicine and rehabilitation service in Yopougon university hospital for the last 5 years and who agreed to take part in the study.

### Conclusion

The social and professional rehabilitation of spinal cord injured patients is facing many problems due to lacks of national policy of rehabilitation. The family solidarity cannot give enough support to those patients because of the level of element needed to rehabilitate the patients.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.



## The rehabilitation of children with cerebral palsy: New practices and previous practices in togo

### Tokpessa LAKNA

*Authors: GALOKPO Kodjovi, physiotherapist ; tel : 00228 23363612 ; LAKNA Tokpessa, senior physiotherapist, Head of physiotherapy service, CNAO Lomé Interns manager, BP : 3173 Lomé tel : 90155850 mail laknainnocent@yahoo.fr*

**Keywords:** disability, motor mobilization, postures, splints, tackle, made thin, functional recovery, balance sheet, and lifestyle.

#### Introduction

In our various rehabilitation services we consult for twelve (12) diseases. The number of cases of CP is growing year by year to reach about 544 CP children, only in the service of physiotherapy of CNAO. This increasing situation and the delicacy of the care to provide for these cases, led us to opt for new techniques for their management.

#### Objectives

The goal is to improve the quality of care for children with Cerebral Palsy, and in the second time harmonize their technical support in the country or the West - Africa sub-regional.

#### Materials and Methods

It is a comparative study of the impacts of past practices of rehabilitation care provide for children with cerebral palsy and those new techniques. For this work we will contact a group of colleagues who still practice the past techniques and compare with new techniques using in the service of Physiotherapy in CNAO. Basically it will be an inventory of past practices and present the benefits of the new techniques in use.

#### Results

A significant improvement in the management of children with Cerebral Palsy, a document on the new techniques of management of children with cerebral palsy is available to professionals; ownership of all physiotherapists in the country new techniques.

#### Discussion

It is clear that despite the efforts made to improve the quality of life of the children with cerebral palsy, the number of children born with this condition is growing. The challenge is not the rehabilitation care to provide, but they reduce of the percentage of the risk of birth with this disease.

#### Conclusion

The physiotherapy care for children with cerebral palsy is a matter of all (parents and professionals). All must not only seek to improve the quality of life of these children but also curb growing number of these children.

Read more

View the documents in PowerPoint version on the website of the FATO.