

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But Une Foi



Année : 2012- 2013

N°...../

U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

TITRE :

**ETUDE DE LA PREVALENCE DU HANDICAP ET PRISE EN
CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES EN
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M^{lle} Diélika COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Abdoulaye AG RHALY

Membre : Docteur Barthelemy SANGALA

Co-directeur : Docteur Assa SIDIBE épouse KEITA

Directeur de thèse : Professeur Hamadoun SANGHO

**DEDICACE
ET
REMERCIEMENT**

Dédicace :

A dieu :

Le très clément, le miséricordieux et tout puissant qui a voulu que ce jour arrive.

Je lui rends grâce et à Mohamed son prophète (paix et salut sur lui)

Je dédie collectivement ce travail :

A feu mon père Mamadou Coulibaly :

Ton départ prématuré a laissé un grand vide dans mon cœur et dans ma vie, j'aurai tout donné pour pouvoir te voir à mes côtés en ce jour.

Mais Dieu en a décidé autrement et on le remercie pour ça également.

C'est avec fierté et amour que je te dédie ce travail fruit de ton amour, ton dévouement, de ta sagesse et de tes bénédictions.

Repose en paix et merci

A ma mère Fatoumata Dicko:

Soutien et pilier de ma vie. S'il y a une femme sur laquelle je prends exemple c'est toi car pour moi tu es parfaite en tant que femme et en tant que mère. Tu m'as toujours soutenu et as toujours montré envers tous tes enfants. Sois assuré de ma profonde affection.

Tes conseils, tes encouragements, tes sacrifices, tes bénédictions et surtout ta patience m'ont permis d'atteindre ce résultat.

Que Dieu le tout puissant t'accorde une longue vie et une bonne santé pour que tu puisses savourer le fruit de tes peines.

Je te suis éternellement reconnaissante.

A mes frères et sœur :Bakary, Lamine et Adam

Je vous remercie de votre amour, votre patience, de m'avoir toujours accordé votre temps et de toujours m'encouragé.

Que les désirs de fraternités et de solidarité soit notre force à fin qu'on soit unies pour toujours.

Ce travail est aussi le vôtre, merci

A Lassinekanta :

Tu as su toujours été à mes côtés.

A toute ma famille :

Vous qui m'avez aidé et soutenu tout au long de ma vie.

Je vous remercie du fond de mon cœur.

Que Dieu nous aides tous

A Feu Aboubacar A Coulibaly :

Tu as été pour moi un collègue, un ami mais surtout tu as été mon frère.
Je te dédie ce travail et tu seras toujours là dans mon cœur.
Repose en paix et que Dieu d'accorde son paradis.

A mes camarades de promotion :

J'aimerais rappeler tant de joie et de tristesse partagées ensemble, mais aussi tant d'élan et de spontanéité dans le soutien et l'assistance mutuels.
Que Dieu fasse qu'on puisse pérenniser cette forte solidarité.

Remerciement :

Je ne saurais terminer ce travail sans adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

A tout le personnel du CREDOS :

Pour l'aide et la qualité de votre encadrement

ABA et Terera :

Pour m'avoir aidé à confectionner ce travail

A tout le personnel de la FEMAPH :

Pour leur accueil et leur disponibilité

Au directeur exécutif de la FEMAPH Mr Adama Diakité:

Pour ses conseils et sa participation à ce travail.

A Babemba Traoré :

Pour sa disponibilité, et son aide

A Ibrahim Traoré, Mariam Fomba, Mahamadou Konaté, Yamadou Keita

Pour leurs aides à l'enquête. Sans votre aide et votre courage ce travail aurait difficilement vu le jour.

A tous ceux que je n'ai pas cités par oubli et qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail ; et qui ne verront pas leurs noms.
Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

HOMMAGES

A notre maître et président du jury : Pr AG RHALY Abdoulaye

Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS ;

Ancien directeur général de l'INRSP ;

Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;

Membre du comité d'éthique de la FMOS ;

Chevalier international des palmes académiques du CAMES ;

Docteur HONORIS CAUSA de l'université d'HAVAN au QUEBEC
CANADA.

Cher maître,

C'est un grand plaisir et un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le faire malgré vos multiples occupations, prouve votre générosité, votre humilité, votre modestie et Votre sens du devoir bien accompli.

Recevez ici honorable maître le témoignage de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

A notre maitre et juge : Mr Barthélemy SANGALA

D.E.A en Sciences de l'Education

Maîtrise en psychopédagogie

Coordinateur du projet « Insertion Professionnelle des Personnes handicapées »
dans le District de Bamako

Cher maître,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de
juger ce travail.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre savoir-faire et votre expérience sur les
handicaps ont contribué à la réalisation de ce travail.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

A notre maître et codirectrice de thèse : Dr KEITA Assa SIDIBE
Master en santé publique ;
Directrice générale adjointe du centre de recherche, d'étude et de documentation
pour la survie de l'enfant(CREDOS).

Cher maitre,

Nous avons été très honorés que vous acceptiez de codiriger cette thèse, vous
avez été pour nous une personne ressource.

Nous nous servirons, toute notre vie des méthodes de travail que vous nous avez
inculquées.

Votre dévouement pour notre formation, votre disponibilité, votre rigueur pour
le travail bien fait de vous un modèle.

En plus de vos qualités scientifiques vous avez été une mère.

Nous saisissons l'occasion pour vous rendre un brillant hommage.

A notre maître et directeur de thèse : Pr Hamadoun SANGHO

Maitre de Conférences Agrégé en santé publique ;

Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ;

Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève, les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez suscité notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle.

Cher maître recevez à travers ce travail le témoignage de notre profonde gratitude et sincère reconnaissance.

SIGLES:

CSCOM: Centre de santé communautaire

DSUVA : direction des services urbains de voirie et de l'assainissement

OPH : organisation des personnes handicapées

OIT : organisation internationale du travail

ONG : organisation non gouvernementale

OCDE : l'organisation de coopération et de développement

PNUD : programme des nations unies pour le développement

PRODESS : programme de développement sanitaire et social

PH : personne handicapée

RBC : réadaptation à base communautaire

SIDA : syndrome d'immuno déficience acquise

UNICEF : fonds des nations unies pour l'enfance

UNESCO : l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture

VIH : virus d'immuno- déficience acquise

SOMMAIRE :

I.INTRODUCTION.....1

II. OBJECTIFS..... 17

III. GENERALITES 18

IV. METHODOLOGIE 29

V. RESULTATS 50

VI. DISCUSSION 70

VII. CONCLUSION..... 74

VIII.RECOMMANDATIONS.....75.

IX. REFFERENCES.....76-78

I. INTRODUCTION :

On estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15 % de la population mondiale (sur la base des estimations démographiques pour 2010). Ce chiffre est plus élevé que l'estimation antérieure de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui date des années 1970 et qui évoquait une proportion aux alentours de 10 % [1].

Selon l'OMS on estime que 180 millions de personnes dans le monde souffrent d'un handicap visuel. Parmi elles, 40 à 45% de personnes sont aveugles et ne peuvent de ce fait se déplacer sans aide. Près de 60% de ces personnes aveugles vivent en Afrique subsaharienne, en Chine et en Inde [2].

L'enquête sur la santé dans le monde estime que 110 millions de personnes (2,2 %) ont de très grandes difficultés fonctionnelles, tandis que les estimations de la charge mondiale de morbidité parlent de 190 millions de personnes (3,8 %) ayant un « handicap sévère » équivalant à des déficiences provoquées par des problèmes de santé comme la quadriplégie, la dépression sévère ou la cécité. Pour la charge mondiale de morbidité, on mesure aussi le handicap chez les enfants (0–14 ans), et on estime qu'il concerne 95 millions d'enfants (5,1 %), dont 13 millions (0,7 %) ayant un « handicap sévère » [1].

Selon l'enquête sur la santé dans le monde, environ 785 millions (15,6 %) de personnes âgées de 15 ans et plus vivent avec un handicap, tandis que les estimations de la charge mondiale de morbidité avancent un chiffre aux alentours de 975 millions (19,4 %).

Le Rhône : La moitié des Rhodaniens (soit 800 000 personnes) souffrent d'une déficience visuelle, ce qui inclut les simples difficultés à voir de près ou de loin ; 3% des habitants du Rhône sont aveugles ou malvoyants. Les difficultés

d'audition surviennent avec l'âge ; elles se posent pour 11% des habitants du département mais pour 30% des Rhodaniens de plus de 60 ans. 3% de la population du département souffrent d'autres problèmes d'audition tels que les acouphènes et bourdonnements, moins liés au vieillissement. Les déficiences du mouvement sont aussi très dépendantes de l'âge et souvent cumulatives : problèmes articulaires, faiblesses musculaires, etc [3].

En Afrique, plusieurs pays sont confrontés au problème des personnes handicapées.

Au Tchad : globalement 5,3% de la population vit avec au moins un handicap. Les handicaps les plus fréquents sont : les déficiences visuelles (2,3%), les déficiences motrices (1,6%), les déficiences auditives (1,2%) et les déficiences de la parole ou du langage (0,5%). La perte de certaines extrémités du corps (symptôme possible de lèpre quand elle est accompagnée d'une insensibilité des extrémités) et des troubles de comportement (0,3% dans les 2 cas) sont les handicaps les moins fréquents.

L'extrapolation de la prévalence moyenne de 5,3% dans la population de l'échantillon à l'ensemble de la population du Tchad, estimée à 8 986 100 habitants en 2004, donnerait un nombre de personnes handicapées toutes catégories confondues de 476 263 [4].

Au Burkina Faso : au recensement général de la population et de l'habitation de 2006, la population des personnes vivant avec un handicap se chiffrait à 168 094 pour une population totale de 14 017 262 habitants, soit un taux de handicap de 1,2%. Parmi eux, 80,6% vivaient en milieu rural. Une analyse du rapport de masculinité montre une prédominance des hommes handicapés tant en milieu urbain que rural [5].

Au Sénégal : le recensement général de la population et de l'habitat de 1988 avait dénombré les personnes handicapées à 134 792. Ce chiffre a été jugé peu fiable par l'ensemble des acteurs du secteur, ce qui a amené la direction de l'action sociale, l'une des principales structures de prise en charge des personnes handicapées, à les estimer en 1996 à 10% de la population totale du Sénégal, soit 800 000 individus repartis comme suit :

- 32,76% de handicapés moteurs ;
- 16,60% de handicapés visuels ;
- 50,64% des catégories, notamment les sourds-muets, albinos, malades mentaux, hanséniens (lépreux lésionnels), victimes des mines, etc [6].

Au Maroc : la prévalence des situations de handicap à partir des résultats d'une étude donne 5,12% avec un intervalle de confiance de +/- 5%. Elle se situe en fait entre 4,86% et 5,38% rapportée à l'ensemble de la population Marocaine (estimée au 2 septembre 2004 à 29 891 708 personnes, dont 29 840 273 marocains et 51 435 étrangers), ce sont donc environ 1 530 000 personnes qui seraient en situation de handicap à la fin de l'année 2004.

Parmi les 9 446 ménages enquêtés, 2 376 compte une ou plusieurs personnes en situation de handicap en leur sein. Ils représentent 25,2% de l'échantillon total des ménages. Un ménage sur 4, soit environ 1 309 000, est concerné par le handicap au Maroc.

La prévalence des situations de handicap apparaît légèrement supérieure en milieu rural (5,62%) par rapport au milieu urbain (4,81%) [7].

En Algérie : la proportion de la population qui a déclaré avoir un handicap qui diminue ses activités quotidiennes s'élève à 2,5 %. Cette prévalence passe de 0,1% chez les personnes de moins de 20 ans à 2,8% chez les 20-59ans, puis à 13,2% chez les 60 ans et plus. Les sujets de sexe masculin sont plus touchés que ceux de sexe féminin (respectivement 3,9% et 1,1%,).

Selon la région, la prévalence du handicap est de 2,7% au centre et 2,4% à l'Est et à l'ouest, alors qu'elle est de 2,2% dans le sud du pays. Selon le niveau de bien-être économique, la prévalence du handicap décroît de 3,1% chez les plus pauvres pour atteindre 1,7% chez les plus riches.

Selon le type du handicap, 1,1% des personnes a déclaré souffrir d'un handicap moteur, soit 44% de l'ensemble des handicaps, 0,8% d'un handicap lié à la compréhension et à la communication (32% de l'ensemble des handicaps), 0,6% d'un handicap visuel (24% de l'ensemble des handicaps) et 0,4% de l'ouïe. En outre, 0,5% des personnes a déclaré avoir des difficultés d'interaction avec les gens et 0,4% (16% de l'ensemble des handicaps) à accomplir seuls leurs soins personnels [8].

Au Mali : selon Diakité,O, des études parcellaires menées par les associations de personnes handicapées ont permis d'établir qu'il y a environ 1.161.088 de personnes handicapées [9] et le nombre de femmes handicapées est de 594655 supérieur à celui des hommes qui est de 566433 et ce dans les différentes régions. La région de Kayes regroupe le plus grand nombre de personnes handicapées au Mali (19,86%) comparativement au district de Bamako (5,94%). [10]

En 2007, selon une enquête réalisée par l'ONG Handicap International dans le cercle de Tominian au Mali, 2,8% de la population ont été déclarées en situation de handicap [11]. [14]

Selon le rapport de l'OMS, dans les prochaines années, le handicap deviendra une préoccupation encore plus grande à cause de l'augmentation de sa prévalence, qui s'explique par le vieillissement des populations et le risque plus élevé de handicap chez les personnes âgées, mais aussi par l'accroissement mondial des problèmes de santé chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les troubles de la santé mentale [1].

On estime que les maladies chroniques sont à l'origine de 66,5 % de l'ensemble des années vécues avec une incapacité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [1].

Les caractéristiques du handicap dans un pays donné dépendent des tendances observées pour les problèmes de santé et de certains facteurs, entre autres environnementaux, comme les accidents de la circulation, les catastrophes naturelles, les conflits, l'alimentation ou les toxicomanies [1].

Les PH rencontrent beaucoup de problèmes dans différents domaines qui sont entre autres :

➤ **Problèmes relatifs à l'accès à l'emploi :**

Les personnes handicapées ont une probabilité plus grande de ne pas travailler et sont en général moins bien rémunérées quand elles ont un emploi. Les données de l'enquête sur la santé dans le monde montrent que les taux d'emploi pour les hommes handicapés (53 %) et les femmes handicapées (20 %) sont inférieurs à ceux des hommes (65 %) et femmes (30 %) non handicapés selon une étude récente de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les personnes handicapées en âge de travailler dans 27 pays souffrent d'un désavantage sensible sur le marché du travail et obtiennent de moins bons résultats que les personnes sans handicap en âge de travailler. En moyenne, leur taux d'emploi était à 44 %, supérieur à la moitié de celui des personnes sans handicap (75 %). Le taux d'inactivité était environ 2,5 fois plus élevé chez les personnes handicapées que chez les autres (49 % et 20 %, respectivement) [1].

C'est ainsi que, selon le rapport de pays 2008 de la Thaïlande, moins de la moitié des personnes handicapées étaient employées et leur salaire ne représentait en moyenne que les deux tiers de celui versé aux autres travailleurs.

En Serbie, on a noté en 2005 que seulement 13% des PH ont la possibilité de travailler, un tiers d'entre elles bénéficiant de conditions de travail adaptées à leurs besoins [12].

- Le recours à des solutions de placement en institution, le manque de soutien à la vie dans la communauté et des services insuffisants font que les personnes handicapées se retrouvent souvent isolées et dépendantes d'autrui. Dans une enquête portant sur 1 505 adultes handicapés mais pas encore âgés aux États-Unis d'Amérique, 42 % ont signalé ne pas avoir pu sortir d'un lit ou d'une chaise parce que personne n'était là pour les aider [1].

Les institutions de long séjour seraient responsables d'un manque d'autonomie, de ségrégation des personnes handicapées vis-à-vis du reste de la communauté et d'autres violations des droits de l'homme. La plupart du soutien vient des membres de la famille ou des réseaux sociaux. Mais le recours exclusif à une aide non professionnelle peut avoir des conséquences négatives pour les personnes qui s'en chargent, comme le stress, l'isolement et la perte d'opportunités socio-économiques. Ces difficultés s'accroissent avec le vieillissement des membres de la famille. Aux États-Unis d'Amérique, les membres des familles d'enfants ayant des handicaps du développement travaillent moins que les autres, ont une probabilité plus grande de quitter leur emploi, ont davantage de problèmes financiers graves et sont moins susceptibles de prendre un emploi [1].

- En matière de santé

Les résultats des différentes études ne donnent pas un résultat satisfaisant en matière de santé des handicapés suivant le groupe et le milieu.

Elles peuvent se trouver plus vulnérables à des problèmes de santé secondaires évitables, des morbidités concomitantes et problème liés à l'âge et l'aggravation propre du handicap suite à des problèmes de prise en charge personnelle.

Certaines études ont montré des comportements à risque comme le tabagisme, la toxicomanie, la mauvaise alimentation ainsi que la sédentarisation. A tous ces problèmes il faut ajouter :

- les violences dont elles sont victimes. Une proportion importante de PH sont victimes d'agressions ou de violences sexuelles au cours de leur vie, auxquelles sont particulièrement exposées les femmes, les filles, les personnes souffrant de déficiences intellectuelles et celles qui sont dans des institutions, les écoles ou hôpitaux spécialisés [12].
- les déficits de prise en charge en matière de réadaptation y compris les aides techniques qui font que la personne handicapée a souvent un état de santé dégradante avec des limitations d'activités, de participation à la vie communautaire [1].

Un rapport publié en 2004 par la section Norvégienne de Save the Children conclut que la maltraitance sexuelle des enfants handicapés est de plus en plus fréquente au Zimbabwe et que 87,4% des filles handicapées en avaient été victimes. Environ 48% de ses filles souffraient de handicap mental, 15,7% de déficience auditive et 25,3% avaient des handicaps physiques visibles ; de plus, 52,4% de ces victimes de maltraitance sexuelle se sont révélées séropositives [13].

- En matière d'éducation, le niveau d'étude reste faible comme le témoigne les statistiques du rapport mondial sur l'éducation.

L'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) estime que sur les 75 millions d'enfants d'âge scolaire qui ne sont pas scolarisés, un tiers sont des enfants handicapés, et que dans les pays en développement, plus de 90% des enfants handicapés ne vont pas à l'école.

Alors que le taux d'alphabétisation des adultes handicapés ne dépasse pas 3% dans certains pays, il tombe à 1% chez les femmes handicapées. [12]

La probabilité pour les enfants handicapés d'être scolarisés, de rester et de progresser dans le système scolaire est plus faible que pour les autres. On retrouve des cycles éducatifs inachevés dans toutes les tranches d'âges, dans les pays à faible revenu comme dans ceux à revenu élevé, mais la tendance est plus prononcée dans les premiers. Selon des enquêtes menées dans 14 pays, les différences entre les pourcentages d'enfants handicapés et non handicapés fréquentant les écoles primaires vont de 10 % en Inde à 60 % en Indonésie. Au niveau du secondaire, les différences de fréquentation vont de 15 % au Cambodge à 58 % en Indonésie. Même dans les pays où les taux de scolarisation sont élevés en école primaire, en Europe de l'Est par exemple, de nombreux enfants handicapés ne vont pas à l'école. [1]

Les attitudes négatives comme les croyances et les préjugés créent des barrières à l'éducation, à l'emploi, aux soins de santé et à la participation sociale. Par exemple, les attitudes des enseignants, du personnel administratif des écoles, des autres enfants et même des membres des familles affectent l'inclusion des enfants handicapés dans les écoles ordinaires. [1]

➤ **Les insuffisances de services :** les personnes handicapées sont particulièrement vulnérables aux carences de services tels que les soins de santé, la réadaptation, le soutien et l'assistance. D'après les données obtenues dans quatre pays d'Afrique australe, seulement 26 à 55% des personnes bénéficiaient de la réadaptation médicale dont elles avaient besoin; 17 à 37% avaient les aides techniques nécessaires; 5 à 23 % suivaient une formation professionnelle adéquate; 5 à 24 % bénéficiaient des services d'aide sociale nécessaires. Des études dans les états indiens de l'Uttar Pradesh et du Tamil Nadu ont montré qu'après le coût, c'est l'absence des services dans la région qui était la deuxième raison la plus fréquente pour les personnes handicapées de ne pas aller dans les établissements de santé [1].

➤ Les problèmes d'accessibilité : elles concernent non seulement l'aspect physique mais aussi l'aspect transport et communication. Dans de nombreux cas, l'environnement bâti (y compris les bâtiments publics), les systèmes de transport et l'information ne sont pas accessibles à tous. Le manque d'accès au transport est, pour une personne handicapée, un motif fréquent la dissuadant de chercher du travail ou l'empêchant d'accéder aux soins de santé. Les rapports des pays ayant légiféré sur l'accessibilité, même lorsque la législation existe depuis 20 ou 40 ans, confirment un faible respect des lois en vigueur. Il y a peu d'informations disponibles sous une forme accessible et de nombreux besoins en communication ne sont pas couverts pour les personnes handicapées. Les personnes sourdes ont souvent des difficultés à obtenir une interprétation en langue des signes. Une enquête dans 93 pays a révélé que 31 n'avaient pas de services d'interprétation et que 30 autres disposaient au plus d'une vingtaine d'interprètes qualifiés. Les taux d'utilisation des technologies de l'information et de la communication sont sensiblement plus faibles chez les personnes handicapées que chez celles qui ne le sont pas et, dans certains cas, elles ne peuvent même pas accéder à certains produits et services de base comme le téléphone, la télévision ou Internet [1].

On estime que dans le monde, 80% du total des personnes handicapées vivent dans les zones rurales des pays en développement et ont un accès limité ou nul aux services dont elles ont besoin. En ce qui concerne l'eau, la proximité est un facteur important de son accessibilité. La proximité offre des avantages tangibles en permettant à des handicapés fonctionnels de puiser eux même de l'eau [12].

La majorité des latrines non aménagées offrent des difficultés énormes aux personnes handicapées lors de l'utilisation faute de siège ou d'appui adéquat.

Toutes ces informations sont confirmées par le rapport mondial sur le handicap dans différents domaines.

En Afrique, les conditions de vie des personnes handicapées sont précaires surtout avec les réalités du sous-développement sur ce continent. Les individus sont chaque jour victimes d'incapacités à cause de nombreux éléments tels que la malnutrition, les maladies invalidantes, les risques que présentent leur environnement sont élevés avec les obstacles physiques et les barrières sociales, les catastrophes naturelles ou provoquées ; notamment les guerres et les conflits armés. Le VIH/SIDA compte tenu de leur vulnérabilité s'ajoute à ce lot [13].

Le Mali compte plus d'un million de personnes handicapées qui font figure d'exclues parmi les exclues. Elles ont un statut précaire et n'ont pas ou peu accès aux soins, à l'éducation, aux services sociaux et encore moins à l'emploi. L'exclusion des PH est réelle à tous les niveaux. Au-delà des problèmes relatifs au handicap, elles se heurtent à un environnement matériel et économique qui leur est défavorable dû au fait que malgré la signature de nombreuses conventions en faveur des PH la mise en œuvre n'est pas effective compte tenu des ressources limitées. Malgré les informations et les sensibilisations, la perception négative persiste compte tenu des considérations culturelles, des préjugés, faisant des personnes handicapées des exclues, des marginaux avec des situations de discrimination. Toutes ces considérations font que les PH sont parmi les plus pauvres car elles ont peu d'opportunités à la formation professionnelle et à l'emploi [14].

Face aux nombreux problèmes des PH, des actions concrètes ont été menées tant sur le plan international et sous régional en matière de développement humain durable à travers la signature de différentes conventions et de façon spécifique, dans le cadre de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté.

Pour une réelle participation des personnes handicapées dans la société et les mêmes opportunités pour tous, la thématique du handicap doit être prise en compte dans toute stratégie et action d'urgence et de développement. Cette prise

en compte doit être systématique, transversale, multisectorielle, multi-acteurs et intégrée à tous les stades, de la conception à l'évaluation des actions.

Sur le plan mondial,

Nous citerons par exemple la célébration en 1981 de l'Année Internationale des Personnes Handicapées, et aussi une convention relative au droit des personnes handicapées qui a été signée depuis 2006 ; plus de 50 pays sont signataires dont le Mali qui l'a ratifiée en 2007.

Dans les pays développés, certaines dispositions sont prises quelquefois pour faciliter l'accès des différentes structures aux personnes handicapées. Entre autres, nous pouvons citer : les rampes, les fenêtres coulissantes, les feux sonores, la canne, l'utilisation du braille, du langage des sourds, des appareils orthopédiques bien adaptés, l'aménagement des portes, etc.

Ces réalisations sont effectuées presque dans beaucoup de pays en Europe de l'Ouest et du Nord.

L'emploi est une importante composante des stratégies de réduction de la pauvreté. C'est ainsi que plusieurs états membres ont fixé des objectifs en matière d'emplois et fournissent des incitations économiques ainsi qu'une formation professionnelle en vue d'accroître l'emploi et de favoriser l'esprit d'entreprise des PH. Les expériences de certains pays sont citées ci-dessous :

- Argentine : dans ce pays, au moins 4% des employés de la fonction publique doivent obligatoirement être des PH ;
- Bolivie : on exige que 4% des employés des entreprises qui ont des relations d'affaires avec les pouvoirs publics soient des PH ;
- Pérou : tous les organismes publics doivent favoriser l'emploi des PH ;
- Philippines : ils ont reconduit les politiques de l'égalisation des chances et l'emploi durable des PH ;

- Egypte ainsi qu'en Jamaïque : les autorités réservent 5% des postes de la fonction publique aux PH ;
- Togo: ils ont mis en place des dispositions relatives au recrutement et à l'emploi des PH dans la fonction publique [12].

L'OIT a entrepris toute une gamme d'initiatives concernant le développement des connaissances, les activités promotionnelles, le renforcement des capacités et la coopération technique en vue de promouvoir le droit des PH au travail décent [12].

En matière d'éducation, pour que les personnes handicapées enfants et adultes aient des chances égales en matière d'éducation, plusieurs gouvernements ont fait leur principe de l'éducation ouvert à tous [12].

Dans le domaine de la santé, en coopération avec l'UNICEF, l'OMS a élaboré un manuel à l'intention des agents de santé s'occupant des enfants handicapés.

L'OMS a également élaboré une stratégie en vue d'améliorer l'état des enfants souffrant d'un retard de développement causé par un handicap. Cette stratégie met l'accent sur les besoins des pays dotés de très peu de ressources, traite des risques d'ordre nutritionnel, médical, psychologique et social que connaissent les enfants souffrant d'un retard de développement et décrit les interventions éventuelles.

En Croatie, l'UNICEF a réalisé une campagne d'information sur le thème « c'est avant 3 ans que tout se joue » en vue de sensibiliser à la nécessité d'intervention précoce et d'un accès aux services d'appui à l'échelon de la collectivité à l'intention des enfants handicapés [12].

Au plan sous régional :

Selon le rapport du séminaire sous régional de l'OIT, UNESCO, OMS pour la promotion de la collaboration multisectorielle en faveur des personnes handicapées, des actions concrètes existaient depuis les années 1980 jusqu'à la date de ce séminaire tenu en 1995. L'expérience de six pays était à l'ordre jour: le Mali, la Mauritanie, le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et la Guinée Conakry autour des points suivants :

Politiques et législation : dans certains de ces pays comme le Mali il y avait des politiques et dispositions législatives. Au Bénin c'était en cours d'élaboration, la Guinée et le Burkina Faso n'avaient pas commencé. Cependant les préoccupations des personnes handicapées étaient prises en compte au niveau des Ministères soit de la santé ou des Affaires Sociales de ces pays ;

-Organisation et administration : des organisations associatives, d'ONG et administratives existent dans tous ces pays ;

-Formations des intervenants : chaque pays se sacrifiait à faire des formations dans le domaine du handicap et participait aux rencontres et séminaires sous régionaux et internationaux ;

-Services et programmes existants : tous ces pays ont des services et ou des programmes existants;

-Implication des familles et associations locales : dans les six pays, les familles, les associations locales sont impliquées dans les actions de promotion des PH, même si cette implication est parfois timide.

La réadaptation à base communautaire (RBC) a été initiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) suite à la déclaration d'Alma Ata en 1978. Elle a été promue comme une stratégie visant à améliorer l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les pays à revenu faible et moyen, et ce en optimisant l'utilisation des ressources locales.

En 2003, une *Consultation internationale consacrée à l'examen de la réadaptation à base communautaire* organisée à Helsinki a émis un certain nombre de recommandations essentielles. Par la suite, la RBC a été redéfinie, dans un document d'orientation conjoint de l'OIT, l'UNESCO et l'OMS, comme une stratégie faisant partie intégrante du développement communautaire général qui vise à assurer la réadaptation, l'égalité des chances et l'intégration sociale des personnes handicapées. En 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution sur la prévention des déficiences et la réadaptation des personnes handicapées, invitant instamment les États Membres « à promouvoir et à renforcer les programmes de réadaptation à base communautaire... ».

Au cours des 30 dernières années, à travers la collaboration avec d'autres organisations des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des associations de personnes handicapées, la RBC s'est développée en une stratégie multisectorielle pour répondre aux besoins à plus grande échelle des personnes handicapées, assurer leur participation et leur inclusion dans la société et améliorer leur qualité de vie.

La RBC est actuellement mise en œuvre dans 90 pays. L'OMS a élaboré un guide qui constitue une réponse aux nombreuses questions formulées par les acteurs de la RBC partout dans le monde sur l'orientation à adopter afin de permettre aux programmes de RBC d'aller de l'avant pour être en phase avec les développements susmentionnés. De plus, le guide apporte, après 30 ans de pratique sur le terrain, une vision et une approche commune de la RBC.

Il rassemble toutes les connaissances actuelles sur la RBC à travers le monde et fournit un nouveau cadre d'action ainsi que des propositions concrètes à mettre en œuvre. Ce guide est largement inspiré de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDP) [15].

Problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la RBC : ce sont surtout l'insuffisance de personnel qualifié en RBC, de ressources pour satisfaire les besoins des PH, manque d'appui financier de l'Etat, manque d'assistance médicale aux PH, etc ;

Perspectives : certains pays ont comme perspectives le projet de législation et de politique nationale en cours d'élaboration, pour d'autres recueils de données statistique sur les PH, sans oublier l'élaboration et la mise en œuvre de la RBC [16].

Pour le Mali, plusieurs actions, ont été menées comme :

- le développement d'un programme de Réadaptation à base Communautaire (RBC) depuis 1980 dans toutes les régions et dans le District de Bamako pour la promotion des personnes handicapées en sont des exemples.
- la célébration du mois d'octobre comme mois de la solidarité et de lutte contre l'exclusion depuis 1995 ; et d'autres actions concrètes ont été citées plus bas.
- la ratification de la convention relative aux droits des PH le 7 avril 2008 et protocole facultatif
- prise en compte du handicap dans le PRODESS et le plan OMD

La volonté du Mali, par rapport au Programme de Réadaptation à Base Communautaire s'est surtout concrétisée après sa participation au séminaire d'Abidjan organisé en 1995 par les trois agences OMS, UNESCO, BIT. C'est ainsi que la politique nationale en matière d'éducation spécialisée a été élaborée en avril 1996, la politique nationale de réadaptation à base communautaire a été élaborée la même année en décembre 1996. En mai 1997, le plan d'action national de réadaptation à base communautaire a été adopté. En améliorant la recherche dans ce domaine, on pourra mieux connaître la prévalence, les opinions des personnes handicapées et de leurs parents

En termes de statistique il y a eu des problèmes pour la prise en charge des PH dans le recensement général. Les chiffres ont été sous-estimés et d'autre part un recensement concernant uniquement les PH n'a pas pu voir le jour faute de moyens financiers.

La connaissance du nombre de PH nous paraît primordiale pour une meilleure prise en charge en matière de prévention, de diagnostic, de dépistage précoce et de réadaptation. C'est un préalable pour déterminer les ressources nécessaires à la prise en charge humaine voire financière et matérielle. La connaissance des besoins est indispensable pour une meilleure prise en charge. Après cette revue de la littérature, un certain nombre de questions ont retenus notre attention :

- quelle est la prévalence des différents types de handicap en commune VI du district de Bamako?

-Quelles sont les causes des types de handicap en commune VI du district de Bamako ?

-Quelles sont les opinions des parents des personnes handicapées sur leur prise en charge ?

C'est pour rechercher des approches de réponse à ces questions que nous avons entrepris la présente étude dont le thème est: Etudier la prévalence du handicap et prise en charge des personnes handicapées en commune VI du district de Bamako.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

Etudier la prévalence du handicap et prise en charge des personnes handicapées en commune VI du district de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques

- ◆ Déterminer la prévalence des types de handicap en commune VI du district de Bamako en 2013 ;
- ◆ identifier les causes des types de handicap en commune VI du district de Bamako en 2013 ;
- ◆ recueillir les opinions des parents des personnes handicapées sur leur prise en charge en commune VI du district de Bamako en 2013 ;
- ◆ proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées.

III. GENERALITES

3.1. Définitions de concepts

a) **Prévalence** : la prévalence désigne un ensemble de cas totaux répertorié dans une population donnée dans un domaine bien déterminé ;

b) **Handicap**

Le petit Larousse illustré définit le handicap comme « un désavantage quelconque, une infirmité ou une déficience congénitale ou acquise.

Cette définition du handicap fait appel à deux notions fondamentales que sont le désavantage et la déficience.

- selon l'OMS le handicap d'un individu est le désavantage qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normale compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

- La déficience est une perte, une malformation, une anomalie, une insuffisance d'un organe d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique.

c) **L'incapacité** : une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain

d) **Invalidité/infirmité** : Quant à l'invalidité/infirmité, c'est une réduction des capacités à accomplir une activité fonctionnelle, Considérée comme normale selon l'âge et le sexe de la personne.

e) **Personne handicapée**

La PH et non les handicapés : appellation imposée par les OPH sur le plan mondial est une personne en difficulté. Est appelée PH, tout individu qui pour des causes héréditaires, congénitales, accidentelles ou sociales présente des déficiences d'ordre sensoriel, physique, mental ou social plus ou moins profonde qui le placent dans une situation de dépendance morale, physique, social ou

économique telle qu'une aide médicale, physique et des mesures de rééducations et de réadaptation selon les cas sont indispensables en vue de son réinsertion sociale et de la conquête de son autonomie.

Au Mali, la personne handicapée est définie comme « celle qui présente des incapacités physiques, Mentales, intellectuelles ou sensorielles durables. Du point de vue de l'International Service, le handicap est défini comme « le préjudice ou la restriction de l'activité, engendré par l'organisation de la société».

Cette définition introduit la notion de responsabilité de la société dans les difficultés de la personne Handicapée à assurer ses besoins normaux et habituels.

f) Réadaptation :

Selon le dictionnaire Larousse, réadapter c'est apporter du nouveau, une personne handicapée de par son handicap a des problèmes d'adaptation par rapport à son environnement il faut donc une nouvelle adaptation pour sa réinsertion sociale.

g) Définition de la prise en charge : c'est l'ensemble des activités curatives, préventives et psychosociales menées par les prestataires pour soulager le malade et améliorer sa qualité de vie (L'accueil, le traitement, la prévention des complications, l'information, l'éducation et l'accompagnement des parents). Il faut ajouter aussi le suivi (suivi clinique, suivi vaccinal, conseils).

h) Les Soins de Santé Primaire (SSP) :

Les Soins de Santé Primaires ont été définis à Alma-Ata comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assurer à

chaque stade de leur développement, dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination ».

i) La Participation Communautaire :

La participation communautaire est le processus par lequel les parties prenantes influencent les initiatives de développement, les décisions et les ressources qui les affectent et en partagent le contrôle. Elle est l'implication active des communautaires, leur adhésion libre et volontaire, avec plus de responsabilité, aux projets de développement.

Selon l'OMS la participation communautaire dans le cadre socio-sanitaire est le « processus dans lequel les individus et les familles d'une part prennent en charge leur propre problème de santé et leur propre bien être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté OMS/UNICEF Alma Ata 1978 paru dans le document module de formation dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population page 16 « Animation pour la Participation Communautaire aux Programmes socio-sanitaires ».

j) La participation :

Dans le dictionnaire Larousse la participation veut dire prendre part à quelque chose, c'est aussi avoir part.

Dans le module : « Animation pour la participation communautaire aux programme socio-sanitaires elle se présente sous deux aspects. Elle serait perçue comme :

- la part que la personne (ou la collectivité) considérée apporte personnellement dans la réalisation du projet ou/et :
- la part qu'elle a effectivement reçue dans, le partage des fruits du projet ?

k) La Communauté

Selon Durkheim : « la communauté serait un ensemble de personnes entre lesquelles existent des interactions, des collaborations et des relations d'entraide

sur la base préalable d'intérêts communs, débouchant sur des actions communes. Un espace de vie caractérisé par un haut degré de cohésion sociale et dont les bases comportent une situation géographique et un sentiment d'appartenance ».

Selon l'OMS/UNICEF « la communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale.

Les membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communes y compris en matière de santé. Les communautés sont de tailles et de profils socioéconomiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitation rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés ». De ces deux définitions il faut retenir que pour qu'il y ait une communauté il faut :

- le sens communautaire : c'est à dire un groupe humain vivant sur une aire spécifique et ayant en lui une densité de relations par les fonctions de production, d'administration, d'éducation, de loisirs, plus grande qu'il ne la possède avec l'extérieur ;
- la conscience d'appartenir à un groupe et de partager avec d'autres certaines préoccupations.

1) L'éducation spéciale

L'éducation spéciale se définit selon l'UNESCO en 1968 comme « comme une forme enrichie d'éducation générale, visant à améliorer la vie de ceux qui souffrent de handicap divers, enrichie en ce sens qu'elle fait appel à des méthodes des pédagogues et des matériels techniques pour remédier à certains types de déficience ».

m) L'éducation intégrée

Elle consiste à placer l'enfant handicapé dans une classe d'enfants non handicapés et vice versa. Elle exige une formation des enseignants afin d'utiliser les matériels pédagogiques spéciaux.

n) L'éducation séparée

Elle consiste à placer l'enfant handicapé dans une école spéciale adaptée à la nature de son handicap.

o) L'éducation en milieu hospitalier

Il s'agit d'une école liée à un hôpital pour les enfants dont l'état nécessite une surveillance médicale permanente.

Dans certains cas de handicap lourd, une classe spéciale se trouve à l'école pour ces élèves et partagent la cour et le réfectoire avec des élèves non handicapés, ils jouent ensemble et font des rencontres pendant le week-end pour favoriser les échanges. Il s'agit par exemple des polyhandicapés, des sourds-muets et aveugles, des sourds-muets déficients, et aveugles déficients etc.

p) La prévention :

Elle est l'ensemble des mesures tendant à éviter l'apparition ou le développement des causes du handicap.

La prévention du handicap se situe à 3 niveaux :

p1) La prévention primaire :

Diminuer les risques d'apparition de la maladie, de l'accident ou des problèmes congénitaux.

- IEC,
- Consultation pré et post natale,
- Vaccinations
 - La tuberculose,
 - La rougeole,
 - Polio,
 - Méningite,

- Une alimentation équilibrée pour éviter les carences alimentaires,
- Une bonne hygiène du milieu,
- Avoir un environnement positif pour la bonne survie et le bien être etc.....,

p2) La prévention secondaire :

Eliminer ou réduire les déficiences avec une prise en charge précoce.

p3) La prévention tertiaire :

Eliminer ou réduire les incapacités et les situations de handicap à travers une sensibilisation accrue pour briser les obstacles physiques et les barrières sociales en vue d'une intégration socioéconomique.

3.2. Revue de la littérature

3.2.1. Évolution du concept handicap

Afin de comprendre comment le handicap est perçu actuellement, il est utile d'observer l'évolution du concept dans le temps. Historiquement, le handicap a surtout été perçu en termes mythologiques et religieux : ainsi, les personnes handicapées étaient considérées comme des êtres possédés par les démons ou les mauvais esprits; le handicap était aussi souvent considéré comme un châtiment pour un péché commis dans le passé. Ces points de vue sont toujours en vigueur de nos jours dans de nombreuses sociétés traditionnelles.

Au cours des dix-neuvième et vingtième siècles, le développement des sciences et de la médecine a permis de comprendre que le handicap a une cause biologique ou médicale, avec des déficiences au niveau de la fonction et de la structure de l'organisme qu'on associe à différents états de santé. Ce modèle médical considère le handicap comme un problème de l'individu, et se concentre principalement sur la guérison et le recours à des soins médicaux par des professionnels.

Plus tard, dans les années 1960 et 1970, le modèle individuel et médical du handicap a été dépassé et différentes approches sociales ont été élaborées, comme le modèle social du handicap, par exemple. Ces approches ont dévié l'attention des aspects médicaux du handicap pour mettre l'accent, en contrepartie, sur les barrières sociales et la discrimination que les personnes handicapées affrontent. Le handicap a été redéfini comme étant un problème créé par la société et non pas comme un attribut propre à la personne et les solutions proposées se sont concentrées sur la nécessité d'éliminer les obstacles et de favoriser le changement social, et de ne pas se limiter au seul traitement médical. Central dans ce changement de perception du handicap, le mouvement des personnes handicapées, qui est lancé vers la fin des années 1960 en Amérique du Nord et en Europe avant de s'étendre partout dans le monde. Le slogan célèbre « Rien pour nous sans nous » symbolise l'importance de l'influence exercée par ce mouvement:

Les organisations de personnes handicapées concentrent d'ailleurs leurs efforts sur la réalisation de la pleine participation et l'égalité des chances pour, par et avec les personnes handicapées. Elles ont joué un rôle majeur dans l'élaboration de la Convention relative aux droits des personnes handicapées qui promeut un revirement vers un modèle du handicap basé sur les droits de l'homme.

Il existe plusieurs définitions différentes du handicap selon les différentes perspectives mentionnées plus haut. Les définitions les plus récentes du handicap proviennent de:

- la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui considère que le handicap est un « terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité ou les restrictions de participation » résultant de l'interaction entre la personne qui a un problème de santé, des facteurs contextuels

(comme l'environnement physique, les attitudes) et des facteurs personnels (comme l'âge ou le sexe).

- la convention relative aux droits des personnes handicapées qui considère que le handicap est un concept évolutif et « résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » [1].

3.2.2. Types de handicap :

Les expériences du handicap vécues par les personnes sont extrêmement variées. Il existe différents types de déficiences et les personnes en sont affectées de différentes manières. Certaines personnes ont une seule déficience alors que d'autres en présentent plusieurs; certaines naissent avec des déficiences, alors que d'autres peuvent en être touchées au cours de leur vie. Par exemple, un enfant touché par une atteinte congénitale telle que la paralysie cérébrale (IMC), un jeune soldat qui perd une jambe à cause d'une mine anti-personnel, une femme d'âge moyen qui développe un diabète et perd la vue, une personne plus âgée atteinte de démence peuvent tous être considérés comme des personnes avec un handicap. La convention relative aux droits des personnes handicapées décrit les personnes avec un handicap comme « ...des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables... » [1].

On peut noter la classification suivante :

a) Handicap physique ou moteur :

Ce type de handicap se situe au niveau de la mobilité d'une personne. Elle a des difficultés ou incapacité de bouger tout son corps, de marcher ou de mouvoir ses membres supérieurs ou toute autre partie du corps.

b) Handicap sensoriel : ce handicap fait que la personne a des difficultés pour :

- voir ou ne voit pas du tout ;
- audition ;
- toucher ;
- odorat ;
- langage.

c) Handicap mental ou intellectuel :

C'est un problème qui joue sur l'intelligence et qui fait que la personne a une capacité limitée d'apprentissage, un retard de développement psychomoteur.

Cependant la personne handicapée mentale peut acquérir des aptitudes nouvelles et sa déficience ne l'empêche pas de faire des apprentissages pour mener une vie autonome adaptée à son cas.

Une personne qui a une déficience intellectuelle n'est pas un incapable. Elle n'a pas une perte totale de l'intelligence, mais une baisse de niveau de l'intelligence à des degrés différents : léger, moyen et profond.

d) Le handicap avec troubles de comportement, ou les inadaptés sociaux, les handicaps sociaux :

Ces troubles atteignent des personnes qui ont des problèmes psychoaffectifs dus à diverses causes et qui font que la personne agit de façon étrange ou n'arrive pas à s'adapter aux exigences de la société. Leur prise en charge demande beaucoup de sacrifices.

e) Polyhandicapé ou handicap multiple

C'est la présence chez une seule personne de deux ou plusieurs handicaps associés dont la gestion est parfois difficile. Cependant dans certains cas après une bonne prise en charge, elles intègrent socialement et économiquement à la société.

3.2.3. Tendances générales

Sur le plan mondial, les causes de handicap les plus courantes sont: les maladies chroniques (comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires et le cancer); les traumatismes (dus aux accidents de la circulation, aux conflits, aux chutes et aux mines anti-personnel); les problèmes de santé mentale; les malformations congénitales ; la malnutrition ; le VIH/SIDA ainsi que d'autres maladies transmissibles [1]. Il est très difficile d'estimer le nombre exact de personnes vivant avec un handicap dans le monde, cependant ce chiffre augmente à cause de nombreux facteurs comme la croissance démographique, l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement des populations et le progrès médical qui préserve et prolonge la vie [1].

Plusieurs pays à faibles et moyens revenus font face à un double fardeau, c'est-à-dire qu'ils doivent faire face aussi bien aux problèmes traditionnels tels que la malnutrition et les maladies infectieuses, qu'aux nouveaux problèmes tels que les maladies chroniques.

3.2.4. Les causes des handicaps : elles peuvent se regrouper comme suit:

a) les causes prénatales :

- les facteurs génétiques ;
- les infections gynécologiques ;
- la prise des substances toxiques ;
- les carences alimentaires.

b) les causes périnatales :

- les traumatismes à la naissance ;
- l'anoxie périnatale ;
- la souffrance fœtale ;
- les accouchements dystociques.

c) les causes post natales

- les conséquences de certaines maladies comme la malnutrition;

- les traumatismes ;
- les facteurs psycho-affectifs ;
- les facteurs environnementaux ;
- les accidents de la circulation ;
- les accidents domestiques ;
- les catastrophes, les guerres, les conflits armés etc....).

3.2.5. Prises en charge des personnes handicapées :

La prise en charge se fait à travers des actions préventives, curatives, réadaptatives et promotionnelles.

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

Les données ci-dessous sont tirées de l'enquête démographique et de la population 2008 de la commune VI du district de Bamako.

4.1.1. Aspects géographiques :

a) Superficie (densité/km²)

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km².

b) Limites :

La Commune est limitée au Nord par le fleuve Niger ; à l'Est et au Sud par le cercle de Kati ; à l'Ouest par la Commune V.

c) Le Climat :

Le climat est Sahélien avec une saison sèche d'Octobre à Mai et une saison pluvieuse de Juin à Septembre.

La commune connaît des variations climatiques d'année en année.

d) Relief:

Le relief de la commune VI est très varié :

- dans la partie EST de Banakabougou par « Outa-Koulouni », culminant à 405m .
- par Taman koulouni avec 386 m à l'ouest de la patte d'OIE de Yirimadio .
- par Kandoura koulou, Magnambougou Koulou et Moussokoro Kountji, l'ensemble culminant à 420m d'altitude est situé à l'Est de Dianéguela-sokorodji .
- par Dougou koulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite est de la commune
- par Tién- koulou culminant à 500m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite de la commune

e) La Végétation

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïlcédrat, le karité, le manguier. On constate également la présence de nouvelles espèces telle que

Les Nîmes, l'eucalyptus...

f) Hydrographie:

La Commune VI est arrosée:

- Par le Fleuve Niger au nord ;
- « Le Sogoniko » et ses affluents (Koflatié, Flabougouko, Niamakoroko)
- « Le Koumanko » et son affluent « Boumboufalan »
- « Le Babla » traversant Dianeguda et Sokorodji
- La portion du canal aménagé de la station hydroélectrique de Missabougou- Baguineda.

4.1.2. Découpage administratif :

La commune VI compte dix (10) quartiers (voir tableau ci-dessous)

Tableau 1 : Description administrative des quartiers :

quartiers	Secteurs	limites
Banankabougou	<ul style="list-style-type: none">- Banankabougou-Village- Banankabougou-Chièbougouni	Banankabougou est limité au Nord par Sokorodji, au Sud par Sirakoro, à l'Est par Yirimadio, à l'Ouest par Niamakoro.
Dianéguéla	<ul style="list-style-type: none">- Dianeguella-Village	Il est limité au Nord par le fleuve Niger à l'Ouest par Magnambougou à l'Est par Missabougou et Yirimadio et au Sud par Sokorodji.

Faladié	<ul style="list-style-type: none"> - Faladié carrefour ; - Faladié Sokoura ; - Faladié Sokoro ; - Faladié Solola. 	S'agissant de la situation géographique, Faladié est situé à l'Ouest par Niamakoro, à l'Est par Yirimadio, au Sud par Sénou, au Nord par Banakabougou.
Magnambougou	<ul style="list-style-type: none"> - Magnambougou-Sokoro ; - Magnambougou-Projet ; - Faso Kanu 	Magnambougou est situé sur la rive droite du fleuve Niger et dans la commune VI. Il est limité à l'Est par Sokorodji et Djanéguela, à l'Ouest par Fasso Kanu, au Sud par Sogoniko et au Nord par le fleuve Niger.
Missabougou	<ul style="list-style-type: none"> - Missabougou 	Missabougou est limité à l'Est par Sabalibougou (commune de Kalabancoro), à l'Ouest par Magnambougou, au Nord par le Fleuve Niger et au Sud par Yirimadjo.
Niamakoro	<ul style="list-style-type: none"> - Secteur 1 (Niamakoro Dugukoro) - Niamakoro Koko - Niamakoro Sokura - Niamakoro Fadianbugu 	Niamakoro est limité au Nord par Badalabougou, au Sud par Sénou, à l'Ouest par Kalabankoro, à l'Est par Banakabougou.
	<ul style="list-style-type: none"> - Sénou – Camp ; - Sénou- 	Sénou est limité à l'Est par Banankoron et Djatoula, à

Sénou	<p>Sibiribabougou ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sénou- Dogocamp ; - Sénou- Lafiabougou ; - Sénou- Tiendo ; - Sénou- Zankèbougou 	<p>l'Ouest par Kalabancoura, au Nord par Sirakoro et Yirimajo et au Sud par Sanankoroba.</p> <p>Les habitants sont à majorité des bamanans et peulhs.</p>
Sogoniko	<ul style="list-style-type: none"> - Sogoniko-Zone commerciale ; - Sogoniko- Sud ; - Sogoniko- Nord 	<p>Sogoniko est limité au Sud par Niamakoro, à l'Est par Banankabougou et Sokorodji, au Sud-Est par Faladiè, au Nord par Magnambougou et à l'Ouest par la commune V.</p>
Sokorodji	<ul style="list-style-type: none"> - Sokorodji- Village ; - Sokorodji- Résidentiel 	<p>Sokorodji est limité à l'Est par Yirimadjo, à l'Ouest Magnambougou et Sogoniko, au Sud par Banankabougou et Faladiè et au Nord par Djaneguèla.</p>
Yirimadio	<ul style="list-style-type: none"> - Yirimadio- Château ; - Yirimadio- Sokoro ; - Yirimadio- 1008 logements 	<p>Yirimadio est limité à l'Est par le village de Sonougouba, à l'Ouest par Banankabougou, au Sud par Sirakoro, au Nord par Missabougou.</p>

Source : Enquête DTP de la commune

A part Dianéguèla et Missabougou tous les autres quartiers de la commune VI sont composés de plusieurs secteurs.

4.1.3. Aspects démographiques :

La population totale de la Commune VI était estimée en 1998 à 221342 hbts (source RGPH 1998 DNSI). En 2001, cette même population était estimée à 250 701 hbts.

En 2004, avec le taux d'accroissement annuel de 9,4 %, la population a atteint 379 464 habitants. Elle était composée de 50,6% d'hommes et 49,4% de femmes.

Au cours de la même période, celle du district de Bamako comptait 1 178 958 hbts. Ainsi la population de la commune VI faisait les 21,26% de l'effectif du district.

La commune VI, avec une population estimée d'environ 500.000 habitants en 2008, est la commune la plus peuplée du district de Bamako. La population se répartit entre les différents quartiers comme suit:

Tableau 2: liste des quartiers et leurs populations

Quartier	Population
ASACOBABA	97910
ASACONIA	82323
ASACOSE	71375
ANIASCO	58695
ASACROYIR	55179
ASACOSO	47151
ASACOMA	36811
ASACOFA	25671
ASACOCY	17508
ASACOMIS	12114
Total	504737

4.1.4. Aspects sanitaires

Les principales maladies sont : Le rapport d'activités du CSREF de 2008 à 2011 nous révèle beaucoup d'informations voir détail dans le tableau ci-dessous

Tableau 3 : principales maladies de 2008 à 2011

Maladies fréquentes	2008	2009	2010	2011
Paludisme				
Fièvre ayant reçu les CTA	12022	4861	10594	13432
Ictère	12022	20097	22916	28342
Tuberculose avec frottis positifs	4545	400	999	359
Fièvre traitée pour insuffisance respiratoire aigüe basse et haute	10658	9363	30976	3133
Diarrhée	3765	4528	27735	2717
Diarrhée traitée avec SRO+ aluminium	1250	27735		
Malnutrition aigüe modérée	127	520	526	375
Malnutrition aigüe sévère	187	282	1761	417
Lèpre	12	12	23	12
Maladies oculaires	3	1	12	26
Rougeole	6	22	126	23

4.1.5. Structures de développement de la commune VI

Les structures de développement de la commune VI sont le service local de l'Urbanisme et de l'habitat, le service du domaine et du cadastre, le service de l'assainissement, le service du développement social et de l'économie solidaire, qui œuvrent tous pour la promotion socio sanitaire et économique de la commune VI. Parmi ces structures, le service social s'occupe de la promotion socioéconomique des personnes handicapées à travers les activités d'information, de sensibilisation et de réadaptation.

a) Aperçu sur le Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire : Une structure décentralisée de la DNDS qui existe en commune VI depuis les années 1980, d'abord à Magnambougou puis à Banakabougou depuis 2007 après plusieurs autres mutations.

Le service social a pour objectif l'amélioration des conditions de vie de la population et d'atténuer la souffrance humaine. A ce titre sa mission est de favoriser :

- la promotion sociale des personnes âgées en vue de leur pleine participation à la vie de la cité et de la nation ;
- la promotion sociale des personnes handicapées pour avoir plus d'équité ;
- la lutte contre l'exclusion et la réduction de la fracture sociale ;
- la promotion et le développement des coopératives et des mutuelles, du mouvement associatif en général ;
- la lutte contre la pauvreté

Dans le cadre de la mise en œuvre de la RBC, le Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire a pu faire un recensement en collaboration avec le coordinateur des associations de personnes handicapées qui a pu donner le nombre de personnes handicapées par quartier s'élevant à 369 au total en

Commune VI. Parmi eux, nous avons 12 professionnels sportifs qui participent aux jeux olympiques nationaux et internationaux, 10 filles sont indigentes.

Par rapport aux résultats de ce recensement par quartier nous avons :

- Sogoniko : 35
- Faladié : 45 ;
- Niamakoro : 40 ;
- Magnambougou : 25 ;
- Sénou : 71 ;
- Sokorodji : 20 ;
- Djandjiguila : 30 ;
- Yirimadio : 58 ;
- Banankabougou: 30 ;
- Missabougou : 15

Cependant il ne retrace pas la situation générale compte tenu des moyens limités et des refus de recensement de certaines personnes handicapées.

Concernant les actions de prise en charge, Word Vision prend en charge les frais de traitement des personnes handicapées et des indigents de Yirimadio et de Sénou. La mairie de la commune VI a octroyé à quatre personnes handicapées un terrain à usage d'habitation. Des actions ponctuelles de distribution de dons de diverses natures s'effectuent au Service du Développement Social en faveur des groupes vulnérables y compris les personnes handicapées surtout pendant le mois de la solidarité.

En matière d'appareillage, 35 PH ont pu bénéficier de fauteuils roulants et 24 pour les prothèses.

En termes d'appui, elles ont pu bénéficier des formations sur la gestion simplifiée, les microcrédits, la gestion des projets et la RBC.

La FEMAPH est une grande organisation de personnes handicapées. La première association de personnes handicapées a été créée depuis 1972 et la Fédération en 1982.

Les plus hautes autorités du Mali ont soutenu la création et l'accompagnement des associations de personnes handicapées et la fédération. Elle compte actuellement 17 associations nationales, 8 fédérations régionales des associations de personnes handicapées et 49 fédérations locales dans les cercles. Ces associations et fédérations ont créé en leur sein des Institutions et des unités de production qui emploient et qui produisent des services contribuant à la promotion des personnes handicapées.

Ces associations et fédérations régionales et locales se sont engagées au côté de l'Etat pour le respect des droits des enfants et adultes Handicapés. Elles sont appuyées par l'Etat et les partenaires au développement dans ce processus.

La FEMAPH a pu avoir des résultats positifs concourant à la promotion socioéconomique des PH. Entre autres nous pouvons citer :

Dans le domaine spécifique de la promotion et de la protection des droits des PH :

- un siège équipé pour la FEMAPH ;
- un terrain pour toutes les grandes Associations ;
- la construction de gymnase pour sportifs Handicapés ;
- un centre d'appareillage orthopédique au profit des Personnes Handicapées ;
- construction de siège pour certaines Associations ;
- construction d'institutions Spécialisées pour Personnes Handicapées ;
- participation aux journées d'évaluation, au comité technique et au comité de suivi du PRODESS avec le Département Développement Social ;
- participation à l'organisation des activités du mois de la Solidarité et de la lutte contre l'exclusion ;

- recrutement des diplômés handicapés au niveau du Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat. A ce niveau nous avons 297 PH qui ont été recruté à la Fonction publique de l'Etat de 1997 à 2011 et au niveau de l'APEJ ;
- participation effective au processus d'élaboration, de lancement du programme pilote RBC et du programme de lutte contre la mendicité ;
- lancement du Programme Handi Forum UEMOA par le Président de la République du Mali et le Président de la Commission de l'UEMOA ;
- participation aux activités du Comité Intersectoriel de Suivi et d'Evaluation de la mise en œuvre de la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine de Ouagadougou sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté ;
- au niveau de l'ANPE, les PH ont pu bénéficier du stage de qualification dans différents services selon les spécialités.

4.1.6. Cadre de vie :

Les données ci-dessous sont tirées de l'enquête démographique et de la population 2008 de la commune VI du district de Bamako.

4.1.6.1. Typologie de l'habitat:

On y rencontre plusieurs types:

- Habitat spontané : il se rencontre dans les zones non lotis et se caractérise par sa précarité ;
- Habitat administré : les maisons sont réalisées après obtention du permis de construire délivré par l'administration ;
- Habitat planifié : Les maisons réalisées dans le cadre des programmes initiés par les sociétés et les promoteurs immobiliers « clés à la main » pour la population : Sema Faladié, Sema- Banakabougou, Mali univers, Faladié 80 appartements, Fasso-kanou, 1008 logements de Yirimadio.

4.1.6.2. Typologie par quartier et secteur :

a) Contrastes entre les quartiers :

Les habitats au niveau des quartiers de la commune VI se caractérisent par des habitats à haut standing, moyen standing et des habitats précaires :

- Le centre de la commune (Sogoniko, Faladiè, Magnambougou, Banankabougou et le quartier résidentiel de Sokorodji) est constitué d'habitats de haut et moyen standing ;
- Le pourtour est composé de quartiers dits spontanés (Dianeguèla, Missabougou, Sokorodji village, Niamakoro, Sénou et Yirimadio) où l'habitat dominant est de type traditionnel (banco).

b) Contraste à l'intérieur des quartiers :

- Magnambougou : est composé de deux secteurs :
 - Magnambougou-projet : habitats en dur ;
 - Magnambougou sokoro : habitat en semi dur et en banco
- Sogoniko : hormis le sud (dans le lit du marigot) où les habitats sont en banco, tous les autres secteurs se caractérisent par des habitats en durs ou en semi durs.
- Faladiè : 4 secteurs
 - Faladiè Carrefour : Habitats en dur, semi dur et en banco ;
 - Faladiè Sokoro : Habitats en banco ;
 - Faladiè Solola : Habitats en dur, semi dur ;
 - Faladiè Sema : Habitats en dur ;
- Banankabougou : deux secteurs :
 - Banankabougou Village : habitats en dur et en semi dur ;
 - Banankabougou-Chièbougouni : habitats en dur.
- Dianeguèla : habitats en semi dur et en banco ;
- Sokorodji : deux secteurs
 - Sokorodji-village : habitats en banco ;
 - Sokorodji-Résidentiel : habitats en dur.

- Sénou : 4 secteurs : habitats en banco ;
- Missabougou : habitats en banco et en dur ;
- Yirimadio : 3 secteurs :
 - Château : habitats en dur ;
 - 1008 logements : habitats en dur ;
 - Sokoro : habitats en banco.
- Niamakoro : 4 secteurs :
 - Cité UNICEF : habitats en dur ;
 - Dougoukoro : habitat en banco ;
 - Fadjanbougou : habitats en dur, semi dur et en banco ;
 - Koko : habitats en semi dur et en banco.

4.1.7. Assainissement:

A l'instar des autres communes urbaines, le mauvais état d'assainissement est un obstacle majeur pour un cadre de vie agréable et un bon état de santé des populations. Les pratiques de gestion des déchets urbains constatées en commune VI contredisent les principes de protection de l'environnement. Ces pratiques ont un impact désastreux pour la santé des populations et compromettent les perspectives d'un développement urbain durable.

La situation devient de plus en plus critique à cause d'une augmentation exponentielle du volume des déchets due à la concentration humaine et au changement des modes de consommation. La quantité de déchets solides a évolué de 310 650 tonnes en 2004 à 342 448 tonnes en 2006 avec une projection de 443 000 tonnes pour l'année 2011.

Les conséquences de cette mauvaise gestion des déchets s'observent à travers la multiplication des dépôts anarchiques, la pollution des eaux de surface et des eaux souterraines par les eaux usées et les boues de vidange déversées de manière anarchique, la pollution de l'atmosphère, l'augmentation du taux des maladies liées au manque d'hygiène et d'assainissement. Signalons que les

récupérateurs (personnes démunies) d'objets sur les tas d'ordures sont les plus exposés à ces maladies.

La commune VI comme dans les autres communes du district de Bamako est confrontée à la faible disponibilité de dépôts de transit d'ordures. Les dix quartiers de la commune VI se partagent huit dépôts de transit, actuellement la tendance est à la baisse. Cette insuffisance de dépôts de transit s'explique par l'occupation des espaces comme terrains à usage d'habitation. Soit les autorités municipales omettent de réserver des espaces pour des dépôts de transit dans les plans de lotissement, soit les plans d'aménagement ne sont pas respectés par les autorités municipales. La capacité de collecte et de mise en décharge des déchets ménagers de la DSUVA (Direction des Services Urbains de Voirie et de l'Assainissement) est très faible.

La collecte ne peut se faire de manière efficace que si une décharge finale pour évacuer de manière appropriée les déchets solides existe. Cependant, une telle décharge n'existe pas à Bamako. Ainsi, les efforts des acteurs locaux d'évacuer les déchets en dehors des zones urbaines ne sont en fait qu'un déplacement du problème des déchets.

Cependant, la commune VI dispose néanmoins d'un atout considérable, parce qu'il existe dans la commune deux centres de compostage des ordures ménagères, qui visent à valoriser les ordures ménagères pour l'agriculture et peuvent contribuer à réduire la quantité de déchets à évacuer vers la décharge finale. Malheureusement, ces centres fonctionnent avec beaucoup de difficultés.

Concernant la gestion des eaux usées, le mode d'évacuation le plus répandu est la gestion individuelle par les ménages. Ce mode n'est cependant pas approprié dans tous les quartiers, notamment dans les quartiers avec un sol rocheux qui rend difficile la construction de puisards et dans les quartiers à forte densité, où les puisards sont souvent insuffisants pour recueillir la totalité des eaux usées d'une concession.

Les boues de vidange sont évacuées par des opérateurs privés en commune VI. Il existe une station de traitement des boues de vidange pour la commune VI. Cette station est cependant éloignée de la commune (17km) et n'est pas fonctionnelle.

4.2. Type et période : il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée du 1^{er} février au 31 mars 2013 en commun VI du district de Bamako.

4.3. Population d'étude :

Elle est composée :

- des enfants de 0 à 17 ans ;
- des parents d'enfants de 0 à 17ans ;
- parents des enfants handicapés.

4.3.1. Critères d'inclusion

- Tout enfant âgé de 0 à 17 ans dont les parents ont accepté de participer à l'enquête ;
- Tout parent d'un enfant de 0 à 17 ans handicapé résidant en commune VI depuis 6mois et plus.
- Tout parent d'enfant de 0 à 17 ans résidant en commune VI depuis plus de 6mois.

4.3.2. Critères de non inclusion

- tout enfant âgé de 0 à 17 ans dont les parents ont refusé de participer à l'enquête ;
- tous les parents d'enfant handicapé qui ont refusé de participer à l'enquête ;
- tout parent d'enfant handicapé résidant en commune VI depuis moins de 6 mois.
- tout enfant âgé de plus de 17 ans.

4.4. Taille

Dans cette étude, pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Schartz :

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \times p \times q}{i^2} \times 2$$

n : taille de l'échantillon

Z_{α} : 1,96 (risque de 5%)

i : 5% (précision)

p : prévalence du handicap : 15% selon les données du rapport mondial [OMS /Banque Mondiale]

q : 1- p=85%

d : effet grappe : 2

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,15 \times 0,85}{(0,05)^2} \times 2 = 195,9216 = 196 \times 2 = 392$$

La taille de l'échantillon est de 392 enfants de 0-17 ans.

Si on ajoute 10% comme non réponses (39), on aura 392+39= 413 enfants de 0 à 17 ans

4.5. Echantillonnage

a) Choix de la commune : nous avons procédé à un tirage aléatoire simple pour choisir une commune parmi 6 du district de Bamako

b) Choix des quartiers :

Les quartiers ont été sélectionnés par échantillonnage en grappe. Nous avons décidé de prendre un nombre de grappe (g)=30. La procédure suivante a été adoptée pour la sélection des grappes :

Etape 1 : établissement de la liste nominative des quartiers de la commune VI du district de Bamako

Etape 2 : calcul de l'effectif cumulé des populations à partir de l'effectif de la population de chaque quartier, en ajoutant la population du premier quartier du

tableau à celle du second quartier et ainsi de suite. Cela nous a permis d'avoir un effectif cumulé égale à 504738. (Voir tableau ci-dessous)

Tableau 4 : récapitulatif des quartiers, effectifs de la population et effectifs cumulés des populations

Quartier	Population	Effectifs cumulés
Asacobafa	97910	97910
Asaconia	82323	180233
Asacose	71375	251608
Aniasco	58695	310303
Asacoyir	55179	365482
Asacoso	47151	412633
Asacoma	36811	449444
Asacofa	25671	475115
Asacocy	17508	492623
Asacomis	12114	504737
total	504737	

Etape 3 : calcul du pas de grappe « k » a été obtenue en divisant le total de l'effectif cumulé de la population « N » par le nombre de grappe « g » soit [30]:

$$K = \frac{N}{g} = \frac{504738}{30} = 16825$$

Etape 4 : choix du nombre au hasard

A partir d'un billet de banque de deux milles franc CFA, on a sélectionné un nombre au hasard entre 1 et le pas de grappe « k » qui est 16.825 ; le chiffre sélectionné est 12.452.

Etape 5 : choix de la 1^{ère} grappe

La première grappe sera située sur la ligne du quartier où la population cumulée contient 12.452. En regardant sur le tableau ci-dessous, on constate qu'elle se trouve sur la ligne de ASACOBABA .

Etape 6 : choix de la 2^{ème} grappe

Nous avons ajouté au nombre au hasard 12.452, le pas de grappe qui est égal à 16.825 ; cela a donné 29277 (voir tableau ci-dessous). Ce chiffre se situe au niveau de la ligne de la population cumulée de ASACOBABAFA (deuxième grappe).

Nous avons procédé de la même manière pour choisir les 30 grappes.

Tableau 5: récapitulatif des quartiers, effectifs de la population et effectifs cumulés des populations et les grappes retenues

Quartier	Population	Effectifs cumulés	Grappes
Asacobafa	97910	97910	12452 29277 46102 62927 79752 96577
Asaconia	82323	180233	113402 130227 147052 163877
Asacose	71375	251608	180702 197527 214352 231177 248002
Aniasco	58695	310303	264827 281652 298477
Asacoyir	55179	365482	315302 332127 348952
Asacoso	47151	412633	365777 382602 399427
Asacoma	36811	449444	416252 433077
Asacofa	25671	475115	449902 466727

Asacocy	17508	492623	483552
Asacomis	12114	504737	500377
Total	504737		

Choix des concessions et des personnes enquêtés :

Le nombre de PH par grappe = $n/g = 413/30 = 14$

Pour accéder aux concessions, l'enquêteur s'est placé sur une place publique du quartier et a choisi une direction à l'aide d'un crayon. Cette direction a été le point de départ de l'enquête. Les concessions ont été numérotées de part et d'autre de cette direction. La première concession à visiter a été choisie au hasard et les autres ont été choisies de proche en proche.

Dans chaque concession, tous les enfants de 0 à 17 ont été concernés.

Si le quartier dispose de plus d'une grappe, alors le nombre de personne à enquêter a été 14 multiplié par le nombre de grappe obtenu pour le quartier.

(Voir tableau) ci-dessous

Tableau 6: taille des personnes à enquêter par grappe et par quartier

Quartier	Nombre de grappes	Taille par quartier
Asacobafa	6	84
Asaconia	4	56
Asacose	5	70
Aniasco	3	42
Asacoyir	3	42
Asacoso	3	42
Asacoma	2	28
Asacofa	2	28
*Asacocy	1	14
Asacomis	1	14
Total	30	420

4.6. Variables :

Au cours de cette recherche nous avons retenu les variables ci- après :

a)Caractéristiques sociodémographiques des parents:

- sexe ;
- âge ;
- niveau d'instruction ;
- situation matrimoniale ;
- profession ;
- Résidence ;
- Lien avec l'enfant.

b) Caractéristiques sociodémographiques des enfants:

- sexe ;
- âge ;
- niveau d'instruction ;
- situation matrimoniale ;
- profession.
- ethnie

c)Handicap

- Prévalence
- Types de handicap
- Causes du handicap
- Localisation du handicap moteur.

d) Opinions sur la prise en charge

- connaissance de l'existence de structures de prise en charge ;
- utilisation des structures de prise en charge ;
- raisons d contact et de non contact
- difficultés rencontrées lors de la prise en charge ;
- suggestions.
- attentes de la prise en charge ;

- perspectives d'avenir.

4.7. Techniques et outils de collecte :

Deux guides d'entretien ont été utilisés :

- un questionnaire pour les parents des enfants de 0 à 17 ans ;
- un guide d'entretien pour les parents des enfants de 0 à 17 ans *handicapés* ;

4.8. Déroulement de la collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 1^{er} février au 31 mars 2013.

Les enquêteurs ont été formés au recueil des données. Un pré-test des outils de collecte a été réalisé dans un autre quartier non retenu pour l'enquête afin de corriger les erreurs de remplissage et de réadapter les outils pour la collecte des données.

4.9. Traitement et analyse des données :

4.9.1. Saisie et analyse des données

Les données ont été dépouillées manuellement. A l'aide d'un masque de saisie, les données ont été saisies avec le logiciel épi info2000, version 5. Nous avons procédé au contrôle de leur qualité. Une fois la saisie terminée, ces données ont été nettoyées. Le traitement de texte, les tableaux et figures ont été réalisés sur les logiciels Word et Excel.

L'analyse et le traitement des données ont été réalisés sur le logiciel épi info 2000, version 5.

4.10. Considérations éthiques

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie surtout en matière de santé.

Des demandes d'autorisation ont été adressées à l'avance aux responsables socio sanitaires de la commune VI.

Les enquêteurs ont d'abord donné des informations claires et précises sur l'objet de l'enquête aux enquêtés et ont répondu aux questions posées en expliquant les bénéfices de l'enquête aux enquêtés, à savoir l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées. Ils ont également précisé aux enquêtés que l'administration des outils va prendre un peu de leur temps.

Les enquêteurs ont expliqué clairement que le refus d'une personne à participer à l'enquête n'entraînera aucune conséquence fâcheuse.

Le consentement éclairé de chaque enquêté a été obtenu. La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus et les résultats seront disponibles pour la commune.

V. RESULTATS :

Notre enquête a concerné 420 personnes réparties entre les quartiers de la commune VI du district de Bamako.

5.1. Caractéristiques des parents enquêtés

Tableau 7 : répartition des parents enquêtés selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
ATTbougou	14	3,3%
Banakabougou	84	20,0%
Faladié	28	6,7%
Magnambougou	28	6,7%
Missabougou	14	3,3%
Niamakoro	98	23,3%
Sénou	70	16,7%
Sogoniko	43	10,2%
Yirimadio	41	9,8%
Total	420	100,0%

Parmi les enquêtés, 23,3% résidaient à Niamakoro.

Tableau 8 : répartition des parents enquêtés selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	334	79,5%
Masculin	86	20,5%
Total	420	100,0

Il y a 79,5% des parents enquêtées qui était du sexe féminin.

Tableau 9: répartition des parents enquêtés, selon le lien avec l'enfant

Lien avec enfant	Fréquence	Pourcentage
Mère	268	63,8%
Père	60	14,3%
Grand-mère	30	7,1%
Tante	21	5,0%
Frère	17	4,0%
Sœur	15	3,6%
Oncle	6	1,4%
Grand-père	2	0,5%
Cousin	1	0,2%
Total	420	100,0%

Parmi les parents enquêtés, 63,8% étaient les mères biologiques.

Tableau 10 : répartition des parents enquêtés, selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bamanan	181	43,1%
Peulh	55	13,1%
Malinké	41	9,8%
Sarakolé	33	7,8%
Sonrai	24	5,7%
Bobo	18	4,3%
Dogon	17	4,0%
Sénoufo	16	3,8%
Maure	9	2,1%
Bozo	7	1,7%
Kasogué	5	1,2%
Minianka	4	1,0%
Tamachek	2	0,5%
autres	8	1,8%
Total	420	100,0%

Parmi les enquêtées, l'ethnie Bamanan était la plus représentée avec 43,1% suivie des peulhs avec 13,1%.

Autres : Haoussa ; Gana ; Dafing ; Wolof ; Siamou

Tableau 11 : répartition des parents enquêtés, selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié	351	83,5%
Célibataire	52	12,4%
Veuve	12	2,9%
Divorcé	5	1,2%
Total	420	100,0%

Parmi les enquêtés, 83,6% des parents étaient mariés.

Tableau 12: répartition des parents enquêtés, selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Sans instruction	160	38,1%
Primaire	90	21,4%
Secondaire	77	18,3%
Supérieur	70	16,7%
Alphabétisé	5	1,2%
Medersa	12	2,9%
Ecole coranique	6	1,4%
Total	420	100,0%

Parmi les parents enquêtés 38,1% étaient sans instruction, suivie du niveau primaire à 21,4%.

Tableau 13 : répartition des parents enquêtés selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	207	49,29%
Fonctionnaire	72	17,14%
Commerçant	54	12,86%
Etudiant	27	6,43%
Elève	18	4,29%
Ouvrier	18	4,29%
Artisan	15	3,57%
Cultivateur	8	1,90%
Sans profession	1	0,24%
Total	420	100,00%

Dans notre échantillon, les ménagères étaient plus représentées avec 49,29% suivies des fonctionnaires avec 13,81%.

Tableau14 : répartition des parents enquêtés, selon le nombre des enfants

Nombre d'enfant de 0 à 17ans	Fréquence	Pourcentage
1	117	27,9%
2	100	23,8%
3	75	17,9%
4	63	15,0%
5	37	8,8%
6	18	4,3%
Supérieur ou égale à 7	10	2,4%
Total	420	100,0%

Dans notre échantillon, 27,9% des parents enquêtés n'avaient qu'un enfant.

5.2. Prévalence du handicap

Tableau 15 : Répartition des parents selon l'existence d'un enfant handicapé

Existence d'un enfant handicapé	Fréquence	Pourcentage
Non	386	91,90%
Oui	34	8,10%
Total	420	100,0%

Parmi les enquêtés, il y a 8,10% de leurs enfants qui avaient un handicap.

Tableau 16 : répartition des enfants handicapés selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
0 – 11mois	1	2,94%
12 – 59mois	11	32,35%
5 – 10 ans	12	35,30%
11 – 15 ans	6	17,65%
Supérieur à 15 ans	4	11,76%
Total	34	100,0%

Parmi les enfants handicapées, les tranches d'âges de 5 à 10ans étaient la plus représentées avec 35,30%.

Tableau 17: répartition des enfants handicapés selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	22	64,7%
Féminin	12	35,3%
Total	34	100,0%

Parmi les enfants handicapés, le sexe masculin était le plus représenté avec 64,7%.

Tableau 18 : répartition des enfants handicapés selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bamanan	17	50,0%
Malinké	6	17,6%
Sarakolé	4	11,8%
Peulh	3	8,8%
Dogon	1	2,9%
Mossi	1	2,9%
Bobo	1	2,9%
Tamashek	1	2,9%
Total	34	100,0%

Parmi les enfants handicapés, l'ethnie Bamanan était la plus représentée avec 50% suivie de l'ethnie malinké avec 17,6%.

Tableau 19: répartition des enfants handicapés selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Fréquence	Pourcentage
Sans instruction	13	38,24%
Primaire	15	44,12%
Secondaire	5	14,71%
Medersa	1	2,94%
Total	34	100,0%

Parmi les enfants handicapés, 44,12% étaient du niveau primaire.

Tableau 20: répartition des enfants handicapés selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Elève	20	58,82%
Ouvrier	1	2,94%
Sans profession	13	38,24%
Total	34	100,0%

Parmi les enfants handicapés, 58,82% étaient des élèves.

5.3. Types de handicap :

Tableau 21: répartition des enfants handicapés selon le type de handicap

Type handicap	Fréquence	Pourcentage
Physique	16	47,1%
Mental	7	20,6%
Visuel	7	20,6%
Auditif	2	5,9%
Albinos	1	5,9%
polyhandicap	1	2,9%
Total	34	100,0%

Parmi les enfants handicapés, 44,1% avaient un handicap physique suivi de 20,6% d'handicaps mental et visuel.

Tableau 22: répartition des types de handicap en fonction du sexe

Type handicap	Sexe			
	F		M	
	Effectif	%	Effectif	%
Physique	3	8,8%	13	38,2%
Mental	4	11,7%	3	8,8%
Visuel	3	8,8%	4	11,7%
Auditif	1	3%	1	3%
albinos	1	3%	0	0%
polyhandicap	0	0%	1	3%
Total	12	35,3%	22	64,7%

Dans notre étude seule au niveau du handicap mental on note une prédominance féminine.

Tableau 23: répartition des types de handicap en fonction de l'âge

<i>Age</i>	<i>Type</i>											
	<i>Physique</i>		<i>Mental</i>		<i>Auditif</i>		<i>Visuel</i>		<i>Albinos</i>		<i>Polyhan</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0 – 11mois	1	2,94										
12 – 59mois	4	11,76	3	8,82	1	2,94			1	2,94	1	2,94
5 – 10 ans	5	14,70	4	11,76	1	2,94	3	8,82				
11 – 15 ans	2	5,88					4	11,76				
Supérieur à 15ans	4	11,76										
Total	16	47,04	7	20,58	2	5,88	7	20,58	1	2,94	1	2,94

Dans notre étude il ressort que c'est le handicap physique qui est la plus fréquente avec 47,04% et pour la tranche d'âge de 5 à 10ans.

Suivi du handicap mental et visuel avec 20,58%.

Pourcentage : sur le nombre total de handicap soit= 34

Tableau 24 : répartition des enfants handicapés selon la localisation du handicap moteur

Localisation du handicap moteur	Fréquence	Pourcentage
Membre inférieur	9	56,25%
Membre supérieur	7	43,75%
Total	16	100,0%

Parmi les handicaps physiques, 60% étaient de localisés au niveau du membre inférieur.

5.4. Cause des handicaps :

Tableau 25 : répartition des enfants handicapés selon les causes du handicap

Cause des handicaps	Fréquence	Pourcentage
Naissance	13	38,24%
Accident	8	23,53%
Maladie	9	26,47%
NSP	4	11,76%
Total	34	100,0%

Parmi les causes des handicaps, 47,06% étaient observés à la naissance et 23,53% sont survenus à la suite d'un accident.

Tableau 26 : répartition des causes du handicap en fonction du sexe

Cause des handicaps	Sexe			
	F		M	
	Effectif	%	Effectif	%
Naissance	6	17,65%	7	20,59%
Accident	2	5,88%	6	17,65%
Maladie	2	5,88%	7	20,59%
NSP	2	5,88%	2	5,88%
Total	12	35,29%	22	64,71%

Le handicap survient plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 27 : répartition des causes du handicap en fonction de l'âge

<i>Age</i>	<i>Causse</i>							
	<i>Naissance</i>		<i>Accident</i>		<i>Maladie</i>		<i>NSP</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0 – 11mois							1	2,94%
12 –59mois	6	17,66%			2	5,88%	2	5,88%
5 – 10 ans	6	17,66%	3	8,82%	4	11,76%		
11 – 15 ans			2	5,88%	3	8,82%	1	2,94%
Sup à15ans	1	2,94%	3	8,82%	0		0	
Total	13	38,26%	8	23,52%	9	26,46%	4	11,76%

Les handicaps survenant à la naissance sont les plus fréquentes.

5.5. Opinion des parents d'enfants handicapés sur la prise en charge :

Tableau 28 : répartition des enquêtés sur la connaissance des structures de prise en charge

Connaissance des structures de PEC	Fréquence	Pourcentage
Oui	16	47,06%
Non	18	52,94%
Total	34	100,00%

Parmi les enquêtées, 52,94% ne connaissaient pas les structures de prise en charge.

Tableau 29: répartition des parents d'enfants handicapés en fonction des structures de prise en charge connues et dont ils ont été en contact

Les structures de prise en charge connues et contactées	Fréquence	Pourcentage
CNAOM	3	18,75%
IOTA	2	12,50%
AMALDEME et centre PROPHETE	1	6,25%
CNAOM, centre PROPHETE, HOPITAL GABRIEL TOURE	1	6,25%
AMALDEME	1	6,25%
L'institut ophtalmologique de l'IJA	1	6,25%
ORL de l'hôpital Gabriel Touré hôpital	2	12,50%
Banantou	1	6,25%
Fondation Salif Kéita	1	6,25%
Total	16	100,00%

La fréquence la plus élevée parmi les structures de prise en charge connues et en contact est celle du CNAOM avec 18,75%.

Tableau 30: répartition des enfants handicapés en fonction du contact avec les structures de prise en charge

Prise de contact avec une structure de PEC	Fréquence	Pourcentage
Oui	16	47,06%
Non	18	52,94%
Total	34	100,00%

Parmi les personnes enquêtées, 52,94% n'ont pas eu de contact avec les structures de prise en charge.

Tableau 31 : répartition des parents d'enfants handicapés, selon les raisons de non contact

Les raisons du non contact	Fréquence	Pourcentage
Méconnaissance des structures de prise en charge	11	61,11%
Insécurité	1	5,56%
Reconnaissance tardive de la malformation	2	11,12
Méconnaissance des structures de prise en charge (Il résidait au village et sont récemment à Bamako)	1	5,56%
Parce que son père faisait des traitements traditionnels	1	5,56%
Je n'ai pas jugé nécessaire	1	5,56%
manque de moyen	1	5,56%
Total	18	100,00%

Parmi les enquêtées qui n'ont pas été en contact avec les structures de prise en charge 61,11% évoquaient la méconnaissance des structures de prise en charge.

Tableau 32 : répartition des enfants handicapés en fonction des occasions où ils ont été en contact avec les structures de prise en charge

Les occasions de contact	Fréquence	Pourcentage
Pour des traitements	6	35,28%
Pour des consultations	2	11,76%
Dès la constatation de la raideur	1	5,88%
Lors de la prise en charge des élèves	1	5,88%
Lorsqu'on a constaté que l'enfant ne marchait pas et ne parlait pas	1	5,88%
Après l'accident	1	5,88%
Pour la prise en charge technique	1	5,88%
Quand ils ont constaté que l'enfant à des problèmes visuels	1	5,88%
Recherche de prise en charge	1	5,88%
Rééducation, traitement et appareillage	1	5,88%
Total	16	100,00%

Parmi les enfants handicapés, 35,28% avaient eu un contact avec les structures de prise en charge lors des traitements.

Tableau 33 : répartition des enfants handicapés en fonction des solutions proposées par les structures de prise en charge

Solutions proposées	Fréquence	Pourcentage
Traitement	4	25,00%
La réduction du handicap	3	18,75%
Il nous a conseillé des prothèses	2	12,50%
Assurer une prise en charge	1	6,25%
Des prothèses	1	6,25%
Des verres corrigés	1	6,25%
Appareillage	1	6,25%
Proposer des conseils aux parents une opération chirurgicale	1	6,25%
Traitement de la plaie, rééducation fonctionnelle et la prothèse	1	6,25%
Plus de solution (aveugle)	1	6,25%
Total	16	100,00%

Parmi les solutions proposées par les structures de prise en charge, 25% avaient proposé le traitement et 18,75% ont proposé la rééducation.

Tableau 34: répartition des parents d'enfants handicapés en fonction des attentes

Les attentes	Fréquence	Pourcentage
La prise en charge technique et fonctionnelle	2	12,50%
Une guérison totale	2	12,50%
La prise en charge éducative et sanitaire	2	12,50%
Une aide financière à la prise en charge	2	12,50%
Traitement gratuit	1	6,25%
Appareillage	1	6,25%
Prise en charge efficace pour la continuation de ses études et son réinsertion sociale et économique	1	6,25%
Exonération de certains frais	1	6,25%
Traitement efficace avec un premier soin	1	6,25%
Un retour à la situation antérieure	1	6,25%
Elle veut qu'on aide son enfant à voir	1	6,25%
Guérison complète pour pouvoir poursuivre ses études	1	6,25%
Total	16	100,00%

Parmi les enquêtés, 12,50% ont comme attentes : une guérison totale, la prise en charge financière, éducative, sanitaire, fonctionnelle et technique.

Tableau 35: répartition des enquêtés en fonction des difficultés rencontrées lors de la prise en charge

Difficultés rencontrées	Fréquence	Pourcentage
Insuffisance et manque de moyen	7	43,75%
Difficulté d'avoir une prise en charge	1	6,25%
accès non gratuit aux soins	1	6,25%
Le déplacement	1	6,25%
Les frais de prise en charge et mauvaise prise en charge des accidents	1	6,25%
Les traitements n'ont pas été efficaces ; jusqu'à présent elle continue de souffrir	1	6,25%
Pas de difficulté	4	25,00%
Total	16	100,00%

Parmi les difficultés évoquées par les enquêtées, 43,75% ont cité l'insuffisance et le manque de moyens.

5.6. Proposition des solutions pour améliorer la prise en charge

Tableau 36 : répartition des enquêtés selon les attentes des personnes handicapées dans l'avenir

Les perspectives d'avenir	Fréquence	Pourcentage
Partir à l'école et bénéficier de leurs autonomies	14	41,19%
une prise en charge adapté et adéquate	9	26,47%
Réadaptation sociale et économique des personnes handicapées	4	11,76%
droit des personnes handicapées	4	11,76%
Information sur les structures de prise en charge et sur le handicap	2	5,88%
NSP	1	2,94%
Total	34	100,00%

Parmi les enquêtés, 41,19% veulent partir à l'école et bénéficier de leurs autonomies.

VI. Discussions :

❖ Caractéristiques socio démographique des enfants enquêtés :

L'âge :

Dans notre échantillon, 35,30% des enfants enquêtés avaient un âge compris entre 5-10ans. L'âge minimal est de 8 mois et maximal de 17ans. La prévalence augmente jusqu'à 5ans puis diminue progressivement jusqu'à 17ans.

Ces résultats sont différents de ceux de l'enquête nationale sur le handicap au Maroc où on observe une ascension de la courbe, elle est de 2,7% avant 15ans, augmente à 5,2% au sein de la tranche d'âge de 15à 59ans [7].

Nos résultats sont aussi comparables à ceux du Tchad où la prévalence chez les enfants de 0 à 4ans est faible avec 1,6% et augmente lentement pour atteindre 5,2% à 25-49ans [4]. Cela pourra s'expliquer par le fait que l'enquête a concerné toutes leurs populations.

❖ La prévalence :

La prévalence du handicap :

Au cour de notre étude la prévalence était de 8,10% inférieur à l'estimation de l'OMS qui est de 15% [1] et supérieur à ceux de l'Algérie où la prévalence passe de 0,1% chez les personnes de moins de 20ans à 2,8% les 20-59ans, puis à 13,2% chez les 60 ans et plus.

Ce résultat est supérieur à ceux du Maroc où la prévalence du handicap était de 5,12% avec un intervalle de confiance de plus ou moins 5% en 2004 et du Tchad où la prévalence était de 5,3% en 2004.

Cela pourra s'expliquer par le fait que plus on avance dans l'âge plus la prévalence du handicap augmente.

Le sexe ratio :

La prévalence des hommes handicapés est supérieure à celle des femmes handicapées avec un sexe ratio égal à $22 \setminus 12 = 1,83$.

Ces résultats sont les mêmes que ceux obtenues en Algérie : Les sujets de sexe masculin sont plus touchés que ceux de sexe féminin avec respectivement 3,9% et 1,1% respectivement ; au Maroc : nous retrouvons 5,49% dans la population masculine et 4,75% dans la population féminine [8].

Cela pourra s'expliquer par un nombre plus élevé d'accident et de traumatisme chez les hommes.

Le type d'handicaps :

Au cours de notre étude la déficience motrice était clairement prédominante avec 44,1% suivie des déficiences visuelles, mentales avec 20,6% et la déficience auditive représente 5,9%.

Nos résultats sont les mêmes que ceux de l'Algérie où le handicap moteur dans la société algérienne avec une prévalence de 44%, a révélé une enquête nationale à indicateurs multiples réalisée sur un échantillon de ménages algériens des différentes régions du pays, par contre inférieur à ceux de la compréhension et à la communication respectivement avec une prévalence de 32% de l'ensemble des handicaps, suivi du handicap visuel avec 24% et du handicap de l'ouïe avec 0,4% [8].

La cause :

Dans notre étude les handicaps de naissance étaient les plus représentés avec 47,06% suivi de ceux liés à des accidents étaient de 23,53%.

Nos résultats sont différents de ceux d'Algérie où l'analyse selon la cause du handicap montre que 28,5% sont des atteintes congénitales ou héréditaires, 16,7% des séquelles des accidents ou de blessures, 14,2% des maladies

infectieuses, 7,9% des violences psychologiques ou physiques et 2% des traumatismes d'accouchement [8].

Cela pourra s'expliquer par le fait que notre étude a concerné les enfants de 0 à 17ans contrairement à ceux de l'Algérie ou l'étude a concerné la population générale.

❖ **Qualité et connaissance de la prise en charge :**

Connaissance par rapport à la structure de prise en charge :

Au cour de notre étude 52,94% ne connaissent pas les structures de prise en charge ceci est dû à l'insuffisance d'information sur ces structures de prise en charge qui font que la population ignorent leur existence.

Les structures de prise en charges contactées et connues :

Parmi ces structures le CNAOM a été le plus contacté avec 3parents sur 16 soit 18,75%, l'IOTA et l'hôpital Gabriel Touré viennent ensuite avec 2parents sur 16 soit 12,50%.

Cette non fréquentation est dû au problème d'accessibilité pour les uns et pour les autres aux problèmes financier pour le transport et les frais de rééducation.

Les raisons du non contact :

Parmi les enquêtées qui n'ont pas été en contact avec les structures de prise en charge, 58,81% évoquaient la méconnaissance des structures de prise en charge du à l'insuffisance d'information sur ces structures de prise en charge, la reconnaissance tardif vient en 2^{ème} position avec 2 parent sur 18 soit 11,12%. Parfois le diagnostic des problèmes de handicap prenne du temps et font que les parents ignorent le problème de santé de leur enfant parfois aussi la mauvaise perception font qu'il n'accorde pas d'importance au traitement de leur enfant.

Les occasions de contact avec les structures :

Parmi les enfants handicapés 35,28% avaient eu un contact avec les structures de prise en charge lors des traitements. Pour les autres cas les raisons sont d'une part diagnostiquer le problème de leurs enfants, d'autre part chercher les voies et moyen pour traiter leur enfant en situation de handicap.

Les solutions proposées par les structures de prise en charge :

Parmi les solutions proposées par les structures 25% avaient proposé le traitement et 18,75% ont proposé la rééducation pour certains des chaussures orthopédiques et pour d'autres des verres corrigées. A ce niveau nous déduisons que les solutions sont en fonction des types de handicaps.

Les attentes par rapport aux structures de prise en charge :

Parmi les enquêtées la première attente des parents est la guérison totale avec 12,50%, ensuite viennent ceux souhaitant la prise en charge des frais de traitement. La majorité des parents ont des problèmes pour assurer les frais de traitement.

Les perspectives d'avenir :

Parmi les enquêtes 41,19% des parents souhaitent que leurs enfants partent à l'école et bénéficie d'une autonomie.

Pour certains surtout une prise en charge adapté et adéquate.

VII. Conclusion:

En fin de déterminer la prévalence et la prise en charge des enfants handicapés de 0 à 17ans dans la commune VI du district de Bamako nous avons réalisé une étude transversale qui s'est déroulée du 1^{er} février au 31mars 2013.

Notre étude a concernée 420 enquêtées dont 34 enfants avaient un handicap et nous révèle que la prévalence du handicap est de 8,10%, cette prévalence est faible par rapport à l'estimation de l'OMS.

La majorité des handicaps était physique et la cause la plus retenu était de naissance suivie par les accidents notamment les accidents de la route et les accidents survenant au cour des soins.

On note que plus de la moitié des enfants handicapés ne connaissaient pas les structures de prise en charge et évoque comme raison la méconnaissance des structures de prise en charge.

Le traitement était le principal motif de contact avec les structures de prise en charge et parmi les structures les plus contactés le CNAOM est en tête de liste.

Les insuffisances et manques de moyens étaient la principale difficulté rencontrée par les personnes handicapées.

Partir à l'école pour être autonome était la principale attente des personnes handicapés.

Le handicap existe et peut concerner tout le monde d'une manière ou d'une autre, il est donc important d'écouter les personnes handicapées et prendre en compte leurs attentes pour un développement meilleur.

VIII. Recommandations :

Au terme de ce travail, nous nous sommes appelés à faire des recommandations qui seront adressées d'une part aux agents de santé et d'autre part aux autorités.

1. À l'agent de santé :

Informar la population sur le handicap et les structures de prise en charge

Faire le diagnostic précoce des handicaps et leur orientation vers une structure pour une meilleure prise en charge

Travailler en étroite collaboration avec les structures de la réadaptation

Favoriser la prise en charge des cas d'indigence aux niveaux des structures de prise en charge :

2. Aux responsables des institutions spécialisées :

Faire des activités d'IEC pour que la population connaisse le handicap, leurs structures, et accepte de les fréquenter pour la prise en charge efficace de leurs parents.

Chercher les voies et moyens pour la prise en charge des cas d'indigences

3. Aux autorités :

Formation des agents sur le handicap et sa prévention

Mettre en œuvre les différentes conventions signées

Favoriser la mise en œuvre effective du Programme National de RBC qui prend en charge la majorité des résolutions des problèmes des PH.

4. Aux structures de prises en charge :

Informar la population sur le handicap, les causes, les conséquences, les mesures préventives.

Donner les informations sur les activités de prises en charge des personnes handicapées pour mieux édifier la population.

IX. REFERENCES :

1- Organisation mondiale de la sante, Banque mondiale.

Rapport mondial sur le handicap 2011 ; 28pages :7-12

2-Ministère de la santé. Mali

Plan stratégique national de prévention et de lutte contre la cécité 2006-2010 vision 2020 ; 2006 ; 29pages : 2

3-Rhone maison départementale des personnes handicapées.

Situation de handicap une question d'âge. Avril 2010 ; 4pages : 2.

www.inser.fr \Rhône alpes

4- Enquête Démographique et de la Santé du Tchad 2004(EDS-II). Calverton-, maryland USA : Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération, Institut national de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques. Chad.

Handicap 2004; 126pages: 122. [http://www. Measuredhs.com/pubs/pdf/FR170/08](http://www.Measuredhs.com/pubs/pdf/FR170/08)

5- Ministère de l'économie et des finances, Comité national du recensement, bureau central du recensement. Burkina Faso

Situation socioéconomique de personnes vivant avec un handicap.

octobre 2009 ; 24pages : 21.

6-Centre de ressources pour la promotion des droits des personnes handicapées, Banque mondiale. Sénégal

Etude sur les stratégies de prise en charge et d'intégration socio-économique des personnes handicapées du Sénégal. Rapport final. 2005 ; 80pages : 9.

7- Secrétariat d'état chargé de la famille, de l'enfant et des personnes handicapées, royaume du Maroc.

Enquête nationale sur le handicap. 2004 ; 89pages : 7.

8- Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques.

Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête nationale à indicateurs multiples Rapport principal,
Décembre 2008 ; 59pages : 56.

9-Ministère de la Santé, Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant. Mali

Les handicaps chez l'enfant. 2002 ; 69pages : 6.

10-Diakité O :

Analyse de l'expérience de la réadaptation à base communautaire des handicapés dans le cercle de Koulikoro.

Mémoire de fin d'étude, Ecole de formation pour le développement communautaire, Bamako. 1996-1997.

11- Handicap International.

Etude sur l'accessibilité des personnes en situation de handicap à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement au Mali (cercle de Tominian) 2007 ; 6pages : 6.

12-Nations Unies.

Assemblée générale

Réaliser les objectifs du millénaire pour le développement relatif aux personnes handicapées, par la mise en œuvre du programme d'action mondial concernant les personnes handicapées et de la convention relative aux droits des personnes handicapées.

juillet 2009 ; 18pages : 5-15.

64^{ème} session.

13- Afrique renouveau :

Le combat des handicapés africains : les handicapés luttent pour obtenir les services qui garantiront leurs droits et leur dignité.

avril 2010.

14-Mana T.-A.

Rapport de l'étude sur le handicap au Mali.

Février 2008 ; 43pages.

15- OMS, UNESCO, BIT.

Réadaptation à base communautaire ;

Une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées.

2004 ; 28pages.

16-OIT, UNESCO, OMS.

Rapport final du séminaire sous régional pour la promotion de la collaboration multisectorielle en faveur des personnes handicapées.

ANNEXES

X. Annexe :

CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les États Parties à la présente Convention,

a) Rappelant les principes proclamés dans la Charte des Nations

Unies selon lesquels la reconnaissance de la dignité et de la valeur inhérentes à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

b) Reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune,

c) Réaffirmant le caractère universel, indivisible, interdépendant et indissociable de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales et la nécessité d'en garantir la pleine jouissance aux personnes handicapées sans discrimination,

d) Rappelant le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille,

e) Reconnaissant que la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres,

- f) Reconnaissant l'importance des principes et lignes directrices contenus dans le Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées et dans les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés et leur influence sur la promotion, l'élaboration et l'évaluation aux niveaux national, régional et international des politiques, plans, programmes et mesures visant la poursuite de l'égalisation des chances des personnes handicapées,
- g) Soulignant qu'il importe d'intégrer la condition des personnes handicapées dans les stratégies pertinentes de développement durable,
- h) Reconnaissant également que toute discrimination fondée sur le handicap est une négation de la dignité et de la valeur inhérentes à la personne humaine,
- i) Reconnaissant en outre la diversité des personnes handicapées,
- j) Reconnaissant la nécessité de promouvoir et protéger les droits de l'homme de toutes les personnes handicapées, y compris de celles qui nécessitent un accompagnement plus poussé,
- k) Préoccupés par le fait qu'en dépit de ces divers instruments et engagements, les personnes handicapées continuent d'être confrontées à des obstacles à leur participation à la société en tant que membres égaux de celle-ci et de faire l'objet de violations des droits de l'homme dans toutes les parties du monde,
- l) Reconnaissant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement,
- m) Appréciant les utiles contributions actuelles et potentielles des personnes handicapées au bien-être général et à la diversité de leurs communautés et sachant que la promotion de la pleine jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales par ces personnes ainsi que celle de leur pleine participation renforceront leur sentiment d'appartenance et feront notablement progresser le développement humain, social et économique de leurs sociétés et l'élimination de la pauvreté,

- n) Reconnaissant l'importance pour les personnes handicapées de leur autonomie et de leur indépendance individuelles, y compris la liberté de faire leurs propres choix,
- o) Estimant que les personnes handicapées devraient avoir la possibilité de participer activement aux processus de prise de décisions concernant les politiques et programmes, en particulier ceux qui les concernent directement,
- p) Préoccupés par les difficultés que rencontrent les personnes handicapées, qui sont exposées à des formes multiples ou aggravées de discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale, ethnique, autochtone ou sociale, la fortune, la naissance, l'âge ou toute autre situation,
- q) Reconnaissant que les femmes et les filles handicapées courent souvent, dans leur famille comme à l'extérieur, des risques plus élevés de violence, d'atteinte à l'intégrité physique, d'abus, de délaissement ou de défaut de soins, de maltraitance ou d'exploitation,
- r) Reconnaissant que les enfants handicapés doivent jouir pleinement de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, et rappelant les obligations qu'ont contractées à cette fin les États Parties à la Convention relative aux droits de l'enfant,
- s) Soulignant la nécessité d'intégrer le principe de l'égalité des sexes dans tous les efforts visant à promouvoir la pleine jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales par les personnes handicapées,
- t) Insistant sur le fait que la majorité des personnes handicapées vivent dans la pauvreté et reconnaissant à cet égard qu'il importe au plus haut point de s'attaquer aux effets pernicieux de la pauvreté sur les personnes handicapées,
- u) Conscients qu'une protection véritable des personnes handicapées suppose des conditions de paix et de sécurité fondées sur une pleine adhésion aux buts et principes de la Charte des Nations Unies et sur le respect des instruments des

droits de l'homme applicables, en particulier en cas de conflit armé ou d'occupation étrangère,

v) Reconnaissant qu'il importe que les personnes handicapées aient pleinement accès aux équipements physiques, sociaux, économiques et culturels, à la santé et à l'éducation ainsi qu'à l'information et à la communication pour jouir pleinement de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales,

w) Conscients que l'individu, étant donné ses obligations envers les autres individus et la société à laquelle il appartient, est tenu de faire son possible pour promouvoir et respecter les droits reconnus dans la Charte internationale des droits de l'homme,

x) Convaincus que la famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'État et que les personnes handicapées et les membres de leur famille devraient recevoir la protection et l'aide nécessaires pour que les familles puissent contribuer à la pleine et égale jouissance de leurs droits par les personnes handicapées,

y) Convaincus qu'une convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des personnes handicapées contribuera de façon significative à remédier au profond désavantage social que connaissent les personnes handicapées et qu'elle favorisera leur participation, sur la base de l'égalité des chances, à tous les domaines de la vie civile, politique, économique, sociale et culturelle, dans les pays développés comme dans les pays en développement, Sont convenus de ce qui suit :

Article premier

La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont

l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

Article 2

Définitions

Aux fins de la présente Convention :

On entend par « communication », entre autres, les langues, l'affichage de texte, le braille, la communication tactile, les gros caractères, les supports multimédias accessibles ainsi que les modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative à base de supports écrits, supports audio, langue simplifiée et lecteur humain, y compris les technologies de l'information et de la communication accessibles ;

On entend par « langue », entre autres, les langues parlées et les langues des signes et autres formes de langue non parlée ;

On entend par « discrimination fondée sur le handicap » toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable ;

On entend par « aménagement raisonnable » les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales ;

On entend par « conception universelle » la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation

niconception spéciale. La « conception universelle » n'exclut pas les appareils et accessoires fonctionnels pour des catégories particulières de personnes handicapées là où ils sont nécessaires.

Article 3

Principes généraux

Les principes de la présente Convention sont :

- a) Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ;
- b) La non-discrimination ;
- c) La participation et l'intégration pleines et effectives à la société ;
- d) Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ;
- d) L'égalité des chances ;
- f) L'accessibilité ;
- g) L'égalité entre les hommes et les femmes ;
- h) Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

Article 4

Obligations générales

1. Les États Parties s'engagent à garantir et à promouvoir le plein exercice de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap. À cette fin, ils s'engagent à :

- a) Adopter toutes mesures appropriées d'ordre législatif, administratif ou autre pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la présente Convention ;
- b) Prendre toutes mesures appropriées, y compris des mesures législatives, pour modifier, abroger ou abolir les lois, règlements, coutumes et pratiques qui sont source de discrimination envers les personnes handicapées ;

- c) Prendre en compte la protection et la promotion des droits de l'homme des personnes handicapées dans toutes les politiques et dans tous les programmes ;
- d) S'abstenir de tout acte et de toute pratique incompatible avec la présente Convention et veiller à ce que les pouvoirs publics et les institutions agissent conformément à la présente Convention ;
- e) Prendre toutes mesures appropriées pour éliminer la discrimination fondée sur le handicap pratiquée par toute personne, organisation ou entreprise privée ;
- f) Entreprendre ou encourager la recherche et le développement de biens, services, équipements et installations de conception universelle, selon la définition qui en est donnée à l'article 2 de la présente Convention, qui devraient nécessiter le minimum possible d'adaptation et de frais pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées, encourager l'offre et l'utilisation de ces biens, services, équipements et installations et encourager l'incorporation de la conception universelle dans le développement des normes et directives ;
- g) Entreprendre ou encourager la recherche et le développement et encourager l'offre et l'utilisation de nouvelles technologies y compris les technologies de l'information et de la communication, les aides à la mobilité, les appareils et accessoires et les technologies d'assistance qui soient adaptées aux personnes handicapées, en privilégiant les technologies d'un coût abordable ;
- h) Fournir aux personnes handicapées des informations accessibles concernant les aides à la mobilité, les appareils et accessoires et les technologies d'assistance, y compris les nouvelles technologies, ainsi que les autres formes d'assistance, services d'accompagnement et équipements ;
- i) Encourager la formation aux droits reconnus dans la présente Convention des professionnels et personnels qui travaillent avec des personnes handicapées, de façon à améliorer la prestation des aides et services garantis par ces droits.

2. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, chaque État Partie s'engage à agir, au maximum des ressources dont il dispose et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale, en vue d'assurer progressivement le

plein exercice de ces droits, sans préjudice des obligations énoncées dans la présente Convention qui sont d'application immédiate en vertu du droit international.

3. Dans l'élaboration et la mise en œuvre des lois et des politiques adoptées aux fins de l'application de la présente Convention, ainsi que dans l'adoption de toute décision sur des questions relatives aux personnes handicapées, les États Parties consultent étroitement et font activement participer ces personnes, y compris les enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent.

4. Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus favorables à l'exercice des droits des personnes handicapées qui peuvent figurer dans la législation d'un État Partie ou dans le droit international en vigueur pour cet État. Il ne peut être admise aucune restriction ou dérogation aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales reconnus ou en vigueur dans un État Partie à la présente Convention en vertu de lois, de conventions, de règlements ou de coutumes, sous prétexte que la présente Convention ne reconnaît pas ces droits et libertés ou les reconnaît à un moindre degré.

5. Les dispositions de la présente Convention s'appliquent, sans limitation ni exception aucune, à toutes les unités constitutives des États fédératifs.

Article 5

Égalité et non-discrimination

1. Les États Parties reconnaissent que toutes les personnes sont égales devant la loi et en vertu de celle-ci et ont droit sans discrimination à l'égal protection et à l'égal bénéfice de la loi.

2. Les États Parties interdisent toutes les discriminations fondées sur le handicap et garantissent aux personnes handicapées une égale et effective protection juridique contre toute discrimination, quel qu'en soit le fondement.

3. Afin de promouvoir l'égalité et d'éliminer la discrimination, les États Parties prennent toutes les mesures appropriées pour faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés.

4. Les mesures spécifiques qui sont nécessaires pour accélérer ou assurer l'égalité de facto des personnes handicapées ne constituent pas une discrimination au sens de la présente Convention.

Article 6

Femmes handicapées

1. Les États Parties reconnaissent que les femmes et les filles handicapées sont exposées à de multiples discriminations, et ils prennent les mesures voulues pour leur permettre de jouir pleinement et dans des conditions d'égalité de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales.

2. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour assurer le plein épanouissement, la promotion et l'autonomisation des femmes, afin de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la présente Convention.

Article 7

Enfants handicapés

1. Les États Parties prennent toutes mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants.

2. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants handicapés, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

3. Les États Parties garantissent à l'enfant handicapé, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité, et d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à son handicap et à son âge.

Article 8

Sensibilisation

1. Les États Parties s'engagent à prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées en vue de :

a) Sensibiliser l'ensemble de la société, y compris au niveau de la famille, à la situation des personnes handicapées et promouvoir le respect des droits et de la dignité des personnes handicapées ;

b) Combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques dangereuses concernant les personnes handicapées, y compris ceux liés au sexe et à l'âge, dans tous les domaines ;

c) Mieux faire connaître les capacités et les contributions des personnes handicapées.

2. Dans le cadre des mesures qu'ils prennent à cette fin, les États Parties :

a) Lancent et mènent des campagnes efficaces de sensibilisation du public en vue de :

- Favoriser une attitude réceptive à l'égard des droits des personnes handicapées ;

- Promouvoir une perception positive des personnes handicapées et une conscience sociale plus poussée à leur égard ;

- Promouvoir la reconnaissance des compétences, mérites et aptitudes des personnes handicapées et de leurs contributions dans leur milieu de travail et sur le marché du travail ;

b) Encouragent à tous les niveaux du système éducatif, notamment chez tous les enfants dès leur plus jeune âge, une attitude de respect pour les droits des personnes handicapées ;

c) Encouragent tous les médias à montrer les personnes handicapées sous un jour conforme à l'objet de la présente Convention ;

d) Encouragent l'organisation de programmes de formation et de sensibilisation aux personnes handicapées et aux droits des personnes handicapées.

Article 9

Accessibilité

1. Afin de permettre aux personnes handicapées de vivre de façon indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie, les

États Parties prennent des mesures appropriées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication, y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales. Ces mesures, parmi lesquelles figurent l'identification et l'élimination des obstacles et barrières à l'accessibilité, s'appliquent, entre autres :

a) Aux bâtiments, à la voirie, aux transports et autres équipements intérieurs ou extérieurs, y compris les écoles, les logements, les installations médicales et les lieux de travail ;

b) Aux services d'information, de communication et autres services, y compris les services électroniques et les services d'urgence.

2. Les États Parties prennent également des mesures appropriées pour :

a) Élaborer et promulguer des normes nationales minimales et des directives relatives à l'accessibilité des installations et services ouverts ou fournis au public et contrôler l'application de ces normes et directives ;

b) Faire en sorte que les organismes privés qui offrent des installations ou des services qui sont ouverts ou fournis au public prennent en compte tous les aspects de l'accessibilité par les personnes handicapées ;

c) Assurer aux parties concernées une formation concernant les problèmes d'accès auxquels les personnes handicapées sont confrontées ;

- d) Faire mettre en place dans les bâtiments et autres installations ouverts au public une signalisation en braille et sous des formes faciles à lire et à comprendre ;
- e) Mettre à disposition des formes d'aide humaine ou animale et les services de médiateurs, notamment de guides, de lecteurs et d'interprètes professionnels en langue des signes, afin de faciliter l'accès des bâtiments et autres installations ouverts au public ;
- f) Promouvoir d'autres formes appropriées d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées afin de leur assurer l'accès à l'information ;
- g) Promouvoir l'accès des personnes handicapées aux nouveaux systèmes et technologies de l'information et de la communication, y compris l'internet ;
- h) Promouvoir l'étude, la mise au point, la production et la diffusion de systèmes et technologies de l'information et de la communication à un stade précoce, de façon à en assurer l'accessibilité à un coût minimal.

Article 10

Droit à la vie

Les États Parties réaffirment que le droit à la vie est inhérent à la personne humaine et prennent toutes mesures nécessaires pour en assurer aux personnes handicapées la jouissance effective, sur la base de l'égalité avec les autres.

Article 11

Situations de risque et situations d'urgence humanitaire

Les États Parties prennent, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu du droit international, notamment le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme, toutes mesures nécessaires pour assurer la protection et la sûreté des personnes handicapées dans les situations de risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles.

Article 12

Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité

1. Les États Parties réaffirment que les personnes handicapées ont droit à la reconnaissance en tous lieux de leur personnalité juridique.
2. Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées jouissent de la capacité juridique dans tous les domaines, sur la base de l'égalité avec les autres.
3. Les États Parties prennent des mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées accès à l'accompagnement dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leur capacité juridique.
4. Les États Parties font en sorte que les mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique soient assorties de garanties appropriées et effectives pour prévenir les abus, conformément au droit international des droits de l'homme. Ces garanties doivent garantir que les mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique respectent les droits, la volonté et les préférences de la personne concernée, soient exemptes de tout conflit d'intérêt et ne donnent lieu à aucun abus d'influence, soient proportionnées et adaptées à la situation de la personne concernée, s'appliquent pendant la période la plus brève possible et soient soumises à un contrôle périodique effectué par un organe compétent, indépendant et impartial ou une instance judiciaire. Ces garanties doivent également être proportionnées au degré auquel les mesures devant faciliter l'exercice de la capacité juridique affectent les droits et intérêts de la personne concernée.
5. Sous réserve des dispositions du présent article, les États Parties prennent toutes mesures appropriées et effectives pour garantir le droit qu'ont les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, de posséder des biens ou d'en hériter, de contrôler leurs finances et d'avoir accès aux mêmes conditions que les autres personnes aux prêts bancaires, hypothèques et autres formes de crédit financier ; ils veillent à ce que les personnes handicapées ne soient pas arbitrairement privées de leurs biens.

Article 13

Accès à la justice

1. Les États Parties assurent l'accès effectif des personnes handicapées à la justice, sur la base de l'égalité avec les autres, y compris par le biais d'aménagements procéduraux et d'aménagements en fonction de l'âge, afin de faciliter leur participation effective, directe ou indirecte, notamment en tant que témoins, à toutes les procédures judiciaires, y compris au stade de l'enquête et aux autres stades préliminaires.

2. Afin d'aider à assurer l'accès effectif des personnes handicapées à la justice, les États Parties favorisent une formation appropriée des personnels concourant à l'administration de la justice, y compris les personnels de police et les personnels pénitentiaires.

Article 14

Liberté et sécurité de la personne

1. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres :

a) Jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne ;

b) Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire ; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté.

2. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables.

Article 15

Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

1. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.

2. Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher, sur la base de l'égalité avec les autres, que des personnes handicapées ne soient soumises à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Article 16

Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance

1. Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, sociales, éducatives et autres mesures appropriées pour protéger les personnes handicapées, à leur domicile comme à l'extérieur, contre toutes formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, y compris leurs aspects fondés sur le sexe.

2. Les États Parties prennent également toutes mesures appropriées pour prévenir toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance en assurant notamment aux personnes handicapées, à leur famille et à leurs aidants des formes appropriées d'aide et d'accompagnement adaptées au sexe et à l'âge, y compris en mettant à leur disposition des informations et des services éducatifs sur les moyens d'éviter, de reconnaître et de dénoncer les cas d'exploitation, de violence et de maltraitance. Les États Parties veillent à ce que les services de protection tiennent compte de l'âge, du sexe et du handicap des intéressés.

3. Afin de prévenir toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, les États Parties veillent à ce que tous les établissements

et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes.

4. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour faciliter le rétablissement physique, cognitif et psychologique, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes handicapées qui ont été victimes d'exploitation, de violence ou de maltraitance sous toutes leurs formes, notamment en mettant à leur disposition des services de protection. Le rétablissement et la réinsertion interviennent dans un environnement qui favorise la santé, le bien-être, l'estime de soi, la dignité et l'autonomie de la personne et qui prend en compte les besoins spécifiquement liés au sexe et à l'âge.

5. Les États Parties mettent en place une législation et des politiques efficaces, y compris une législation et des politiques axées sur les femmes et les enfants, qui garantissent que les cas d'exploitation, de violence et de maltraitance envers des personnes handicapées sont dépistés, font l'objet d'une enquête et, le cas échéant, donnent lieu à des poursuites.

Article 17

Protection de l'intégrité de la personne

Toute personne handicapée a droit au respect de son intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres.

Article 18

Droit de circuler librement et nationalité

1. Les États Parties reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit de circuler librement, le droit de choisir librement leur résidence et le droit à une nationalité, et ils veillent notamment à ce que les personnes handicapées :

a) Aient le droit d'acquérir une nationalité et de changer de nationalité et ne soient pas privées de leur nationalité arbitrairement ou en raison de leur handicap ;

b) Ne soient pas privées, en raison de leur handicap, de la capacité d'obtenir, de posséder et d'utiliser des titres attestant leur nationalité ou autres titres d'identité ou d'avoir recours aux procédures pertinentes, telles que les procédures d'immigration, qui peuvent être nécessaires pour faciliter l'exercice du droit de circuler librement ;

c) Aient le droit de quitter n'importe quel pays, y compris le leur ;

d) Ne soient pas privées, arbitrairement ou en raison de leur handicap, du droit d'entrer dans leur propre pays.

2. Les enfants handicapés sont enregistrés aussitôt leur naissance et ont dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître leurs parents et d'être élevés par eux.

Article 19

Autonomie de vie et inclusion dans la société

Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société, notamment en veillant à ce que :

a) Les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier ;

b) Les personnes handicapées aient accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation ;

c) Les services et équipements sociaux destinés à la population générale soient mis à la disposition des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, et soient adaptés à leurs besoins.

Article 20

Mobilité personnelle

Les États Parties prennent des mesures efficaces pour assurer la mobilité personnelle des personnes handicapées, dans la plus grande autonomie possible, y compris en :

- a) Facilitant la mobilité personnelle des personnes handicapées selon les modalités et au moment que celles-ci choisissent, et à un coût abordable ;
- b) Facilitant l'accès des personnes handicapées à des aides à la mobilité, appareils et accessoires, technologies d'assistance, formes d'aide humaine ou animale et médiateurs de qualité, notamment en faisant en sorte que leur coût soit abordable ;
- c) Dispensant aux personnes handicapées et aux personnels spécialisés qui travaillent avec elles une formation aux techniques de mobilité ;
- d) Encourageant les organismes qui produisent des aides à la mobilité, des appareils et accessoires et des technologies d'assistance à prendre en compte tous les aspects de la mobilité des personnes handicapées.

Article 21

Liberté d'expression et d'opinion et accès à l'information

Les États Parties prennent toutes mesures appropriées pour que les personnes handicapées puissent exercer le droit à la liberté d'expression et d'opinion, y compris la liberté de demander, recevoir et communiquer des informations et des idées, sur la base de l'égalité avec les autres et en recourant à tous moyens de communication de leur choix au sens de l'article 2 de la présente Convention. À cette fin, les États Parties :

- a) Communiquent les informations destinées au grand public aux personnes handicapées, sans tarder et sans frais supplémentaires pour celles-ci, sous des formes accessibles et au moyen de technologies adaptées aux différents types de handicap ;
- b) Acceptent et facilitent le recours par les personnes handicapées, pour leurs démarches officielles, à la langue des signes, au braille, à la communication

améliorée et alternative et à tous les autres moyens, modes et formes accessibles de communication de leur choix ;

c) Demandent instamment aux organismes privés qui mettent des services à la disposition du public, y compris par le biais de l'internet, de fournir des informations et des services sous des formes accessibles aux personnes handicapées et que celles-ci puissent utiliser ;

d) Encouragent les médias, y compris ceux qui communiquent leurs informations par l'internet, à rendre leurs services accessibles aux personnes handicapées ;

e) Reconnaissent et favorisent l'utilisation des langues des signes.

Article 22

Respect de la vie privée

1. Aucune personne handicapée, quel que soit son lieu de résidence ou son milieu de vie, ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance ou autres types de communication ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. Les personnes handicapées ont droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

2. Les États Parties protègent la confidentialité des informations personnelles et des informations relatives à la santé et à la réadaptation des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres.

Article 23

Respect du domicile et de la famille

1. Les États Parties prennent des mesures efficaces et appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles, sur la base de l'égalité avec les autres, et veillent à ce que :

a) Soit reconnu à toutes les personnes handicapées, à partir de l'âge nubile, le droit de se marier et de fonder une famille sur la base du libre et plein consentement des futurs époux ;

b) Soient reconnus aux personnes handicapées le droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances ainsi que le droit d'avoir accès, de façon appropriée pour leur âge, à l'information et à l'éducation en matière de procréation et de planification familiale ; et à ce que les moyens nécessaires à l'exercice de ces droits leur soient fournis ;

c) Les personnes handicapées, y compris les enfants, conservent leur fertilité, sur la base de l'égalité avec les autres.

2. Les États Parties garantissent les droits et responsabilités des personnes handicapées en matière de tutelle, de curatelle, de garde et d'adoption des enfants ou d'institutions similaires, lorsque ces institutions existent dans la législation nationale ; dans tous les cas, l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale. Les États Parties apportent une aide appropriée aux personnes handicapées dans l'exercice de leurs responsabilités parentales.

3. Les États Parties veillent à ce que les enfants handicapés aient des droits égaux dans leur vie en famille. Aux fins de l'exercice de ces droits et en vue de prévenir la dissimulation, l'abandon, le délaissement et la ségrégation des enfants handicapés, les États Parties s'engagent à fournir aux enfants handicapés et à leur famille, à un stade précoce, un large éventail d'informations et de services, dont des services d'accompagnement.

4. Les États Parties veillent à ce qu'aucun enfant ne soit séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes, sous réserve d'un contrôle juridictionnel, ne décident, conformément au droit et aux procédures applicables, qu'une telle séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. En aucun cas un enfant ne doit être séparé de ses parents en raison de son handicap ou du handicap de l'un ou des deux parents.

5. Les États Parties s'engagent, lorsque la famille immédiate n'est pas en mesure de s'occuper d'un enfant handicapé, à ne négliger aucun effort pour assurer la

prise en charge de l'enfant par la famille élargie et, si cela n'est pas possible, dans un cadre familial au sein de la communauté.

Article 24

Éducation

1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à l'éducation. En vue d'assurer l'exercice de ce droit sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances, les États Parties font en sorte que le système éducatif pourvoie à l'insertion scolaire à tous les niveaux et offre, tout au long de la vie, des possibilités d'éducation qui visent :

- a) Le plein épanouissement du potentiel humain et du sentiment de dignité et d'estime de soi, ainsi que le renforcement du respect des droits de l'homme, des libertés fondamentales et de la diversité humaine ;
- b) L'épanouissement de la personnalité des personnes handicapées, de leurs talents et de leur créativité ainsi que de leurs aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités ;
- c) La participation effective des personnes handicapées à une société libre.

2. Aux fins de l'exercice de ce droit, les États Parties veillent à ce que :

- a) Les personnes handicapées ne soient pas exclues, sur le fondement de leur handicap, du système d'enseignement général et à ce que les enfants handicapés ne soient pas exclus, sur le fondement de leur handicap, de l'enseignement primaire gratuit et obligatoire ou de l'enseignement secondaire ;
- b) Les personnes handicapées puissent, sur la base de l'égalité avec les autres, avoir accès, dans les communautés où elles vivent, à un enseignement primaire inclusif, de qualité et gratuit, et à l'enseignement secondaire ;
- c) Il soit procédé à des aménagements raisonnables en fonction des besoins de chacun ;
- d) Les personnes handicapées bénéficient, au sein du système d'enseignement général, de l'accompagnement nécessaire pour faciliter leur éducation effective ;

e) Des mesures d'accompagnement individualisé efficaces soient prises dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la socialisation, conformément à l'objectif de pleine intégration.

3. Les États Parties donnent aux personnes handicapées la possibilité d'acquérir les compétences pratiques et sociales nécessaires de façon à faciliter leur pleine et égale participation au système d'enseignement et à la vie de la communauté. À cette fin, les États Parties prennent des mesures appropriées, notamment :

a) Facilitent l'apprentissage du braille, de l'écriture adaptée et des modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative, le développement des capacités d'orientation et de la mobilité, ainsi que le soutien par les pairs et le mentorat ;

b) Facilitent l'apprentissage de la langue des signes et la promotion de l'identité linguistique des personnes sourdes ;

c) Veillent à ce que les personnes aveugles, sourdes ou sourdes et aveugles – en particulier les enfants – reçoivent un enseignement dispensé dans la langue et par le biais des modes et moyens de communication qui conviennent le mieux à chacun, et ce, dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la sociabilisations.

4. Afin de faciliter l'exercice de ce droit, les États Parties prennent des mesures appropriées pour employer des enseignants, y compris des enseignants handicapés, qui ont une qualification en langue des signes ou en braille et pour former les cadres et personnels éducatifs à tous les niveaux. Cette formation comprend la sensibilisation aux handicaps et l'utilisation des modes, moyens et formes de communication améliorée et alternative et des techniques et matériels pédagogiques adaptés aux personnes handicapées.

5. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées puissent avoir accès, sans discrimination et sur la base de l'égalité avec les autres, à l'enseignement tertiaire général, à la formation professionnelle, à l'enseignement pour adultes et à la formation continue. À cette fin, ils veillent à ce que des

aménagements raisonnables soient apportés en faveur des personnes handicapées.

Article 25

Santé

Les États Parties reconnaissent que les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les spécificités, y compris des services de réadaptation. En particulier, les États Parties :

- a) Fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires ;
- b) Fournissent aux personnes handicapées les services de santé dont celles-ci ont besoin en raison spécifiquement de leur handicap, y compris des services de dépistage précoce et, s'il y a lieu, d'intervention précoce, et des services destinés à réduire au maximum ou à prévenir les nouveaux handicaps, notamment chez les enfants et les personnes âgées ;
- c) Fournissent ces services aux personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ;
- d) Exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées ; à cette fin, les États Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées ;
- e) Interdisent dans le secteur des assurances la discrimination à l'encontre des personnes handicapées, qui doivent pouvoir obtenir à des conditions équitables et

raisonnables une assurance maladie et, dans les pays où elle est autorisée par le droit national, une assurance-vie ;

f) Empêchent tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap.

Article 26

Adaptation et réadaptation

1. Les États Parties prennent des mesures efficaces et appropriées, faisant notamment intervenir l'entraide entre pairs, pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie. À cette fin, les États Parties organisent, renforcent et développent des services et programmes diversifiés d'adaptation et de réadaptation, en particulier dans les domaines de la santé, de l'emploi, de l'éducation et des services sociaux, de telle sorte que ces services et programmes :

a) Commencent au stade le plus précoce possible et soient fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chacun ;

b) Facilitent la participation et l'intégration à la communauté et à tous les aspects de la société, soient librement acceptés et soient mis à la disposition des personnes handicapées aussi près que possible de leur communauté, y compris dans les zones rurales.

2. Les États Parties favorisent le développement de la formation initiale et continue des professionnels et personnels qui travaillent dans les services d'adaptation et de réadaptation.

3. Les États Parties favorisent l'offre, la connaissance et l'utilisation d'appareils et de technologies d'aide, conçus pour les personnes handicapées, qui facilitent l'adaptation et la réadaptation.

Article 27

Travail et emploi

1. Les États Parties reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit au travail, notamment à la possibilité de gagner leur vie en accomplissant un travail librement choisi ou accepté sur un marché du travail et dans un milieu de travail ouvert, favorisant l'inclusion et accessibles aux personnes handicapées. Ils garantissent et favorisent l'exercice du droit au travail, y compris pour ceux qui ont acquis un handicap en cours d'emploi, en prenant des mesures appropriées, y compris des mesures législatives, pour notamment :

a) Interdire la discrimination fondée sur le handicap dans tout ce qui a trait à l'emploi sous toutes ses formes, notamment les conditions de recrutement, d'embauche et d'emploi, le maintien dans l'emploi, l'avancement et les conditions de sécurité et d'hygiène au travail ;

b) Protéger le droit des personnes handicapées à bénéficier, sur la base de l'égalité avec les autres, de conditions de travail justes et favorables, y compris l'égalité des chances et l'égalité de rémunération à travail égal, la sécurité et l'hygiène sur les lieux de travail, la protection contre le harcèlement et des procédures de règlement des griefs ;

c) Faire en sorte que les personnes handicapées puissent exercer leurs droits professionnels et syndicaux sur la base de l'égalité avec les autres ;

d) Permettre aux personnes handicapées d'avoir effectivement accès aux programmes d'orientation technique et professionnelle, aux services de placement et aux services de formation professionnelle et continue offerts à la population en général ;

e) Promouvoir les possibilités d'emploi et d'avancement des personnes handicapées sur le marché du travail, ainsi que l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, au maintien dans l'emploi et au retour à l'emploi ;

- f) Promouvoir les possibilités d'exercice d'une activité indépendante, l'esprit d'entreprise, l'organisation de coopératives et la création d'entreprise ;
- g) Employer des personnes handicapées dans le secteur public ;
- h) Favoriser l'emploi de personnes handicapées dans le secteur privé en mettant en œuvre des politiques et mesures appropriées, y compris le cas échéant des programmes d'action positive, des incitations et d'autres mesures ;
- i) Faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés aux lieux de travail en faveur des personnes handicapées ;
- j) Favoriser l'acquisition par les personnes handicapées d'une expérience professionnelle sur le marché du travail général ;
- k) Promouvoir des programmes de réadaptation technique et professionnelle, de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi pour les personnes handicapées.

2. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées ne soient tenues ni en esclavage ni en servitude, et à ce qu'elles soient protégées, sur la base de l'égalité avec les autres, contre le travail forcé ou obligatoire.

Article 28

Niveau de vie adéquat et protection sociale

1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leur famille, notamment une alimentation, un habillement et un logement adéquats, et à une amélioration constante de leurs conditions de vie et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap.

2. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à la protection sociale et à la jouissance de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit, y compris des mesures destinées à :

- a) Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux services d'eau salubre et leur assurer l'accès à des services, appareils et accessoires et autres

aides répondant aux besoins créés par leur handicap qui soient appropriés et abordables ;

b) Assurer aux personnes handicapées, en particulier aux femmes et aux filles et aux personnes âgées, l'accès aux programmes de protection sociale et aux programmes de réduction de la pauvreté ;

c) Assurer aux personnes handicapées et à leurs familles, lorsque celles-ci vivent dans la pauvreté, l'accès à l'aide publique pour couvrir les frais liés au handicap, notamment les frais permettant d'assurer adéquatement une formation, un soutien psychologique, une aide financière ou une prise en charge de répit ;

d) Assurer aux personnes handicapées l'accès aux programmes de logements sociaux ;

e) Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux programmes et prestations de retraite.

Article 29

Participation à la vie politique et à la vie publique

Les États Parties garantissent aux personnes handicapées la jouissance des droits politiques et la possibilité de les exercer sur la base de l'égalité avec les autres, et s'engagent :

a) À faire en sorte que les personnes handicapées puissent effectivement et pleinement participer à la vie politique et à la vie publique sur la base de l'égalité avec les autres, que ce soit directement ou par l'intermédiaire de représentants librement choisis, notamment qu'elles aient le droit et la possibilité de voter et d'être élues, et pour cela les États Parties, entre autres mesures :

- Veillent à ce que les procédures, équipements et matériels électoraux soient appropriés, accessibles et faciles à comprendre et à utiliser ;

- Protègent le droit qu'ont les personnes handicapées de voter à bulletin secret et sans intimidation aux élections et référendums publics, de se présenter aux élections et d'exercer effectivement un mandat électif ainsi que d'exercer toutes

fonctions publiques à tous les niveaux de l'État, et facilitent, s'il y a lieu, le recours aux technologies d'assistance et aux nouvelles technologies ;

- Garantissent la libre expression de la volonté des personnes handicapées en tant qu'électeurs et à cette fin si nécessaire, et à leur demande, les autorisent à se faire assister d'une personne de leur choix pour voter ;

b) À promouvoir activement un environnement dans lequel les personnes handicapées peuvent effectivement et pleinement participer à la conduite des affaires publiques, sans discrimination et sur la base de l'égalité avec les autres, et à encourager leur participation aux affaires publiques, notamment par le biais :

- De leur participation aux organisations non gouvernementales et associations qui s'intéressent à la vie publique et politique du pays, et de leur participation aux activités et à l'administration des partis politiques ;

- De la constitution d'organisations de personnes handicapées pour les représenter aux niveaux international, national, régional et local et de l'adhésion à ces organisations.

Article 30

Participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports

1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées de participer à la vie culturelle, sur la base de l'égalité avec les autres, et prennent toutes mesures appropriées pour faire en sorte qu'elles :

a) Aient accès aux produits culturels dans des formats accessibles ;

b) Aient accès aux émissions de télévision, aux films, aux pièces de théâtre et autres activités culturelles dans des formats accessibles ;

c) Aient accès aux lieux d'activités culturelles tels que les théâtres, les musées, les cinémas, les bibliothèques et les services touristiques, et, dans la mesure du possible, aux monuments et sites importants pour la culture nationale.

2. Les États Parties prennent des mesures appropriées pour donner aux personnes handicapées la possibilité de développer et de réaliser leur potentiel créatif,

artistique et intellectuel, non seulement dans leur propre intérêt, mais aussi pour l'enrichissement de la société.

3. Les États Parties prennent toutes mesures appropriées, conformément au droit international, pour faire en sorte que les lois protégeant les droits de propriété intellectuelle ne constituent pas un obstacle déraisonnable ou discriminatoire à l'accès des personnes handicapées aux produits culturels.

4. Les personnes handicapées ont droit, sur la base de l'égalité avec les autres, à la reconnaissance et au soutien de leur identité culturelle et linguistique spécifique, y compris les langues des signes et la culture des sourds.

5. Afin de permettre aux personnes handicapées de participer, sur la base de l'égalité avec les autres, aux activités récréatives, de loisir et sportives, les États Parties prennent des mesures appropriées pour :

a) Encourager et promouvoir la participation, dans toute la mesure possible, de personnes handicapées aux activités sportives ordinaires à tous les niveaux ;

b) Faire en sorte que les personnes handicapées aient la possibilité d'organiser et de mettre au point des activités sportives et récréatives qui leur soient spécifiques et d'y participer, et, à cette fin, encourager la mise à leur disposition, sur la base de l'égalité avec les autres, de moyens d'entraînements, de formations et de ressources appropriés ;

c) Faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux lieux où se déroulent des activités sportives, récréatives et touristiques ;

d) Faire en sorte que les enfants handicapés puissent participer, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, aux activités ludiques, récréatives, de loisir et sportives, y compris dans le système scolaire ;

e) Faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux services des personnes et organismes chargés d'organiser des activités récréatives, de tourisme et de loisir et des activités sportives.

Article 31

Statistiques et collecte des données

1. Les États Parties s'engagent à recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques et résultats de recherches, qui leur permettent de formuler et d'appliquer des politiques visant à donner effet à la présente Convention. Les procédures de collecte et de conservation de ces informations respectent :

a) Les garanties légales, y compris celles qui découlent de la législation sur la protection des données, afin d'assurer la confidentialité et le respect de la vie privée des personnes handicapées ;

b) Les normes internationalement acceptées de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales et les principes éthiques qui régissent la collecte et l'exploitation des statistiques.

2. Les informations recueillies conformément au présent article sont désagrégées, selon qu'il convient, et utilisées pour évaluer la façon dont les États Parties s'acquittent des obligations qui leur incombent en vertu de la présente Convention et identifier et lever les obstacles que rencontrent les personnes handicapées dans l'exercice de leurs droits.

3. Les États Parties ont la responsabilité de diffuser ces statistiques et veillent à ce qu'elles soient accessibles aux personnes handicapées et autres personnes.

Article 32

Coopération internationale

1. Les États Parties reconnaissent l'importance de la coopération internationale et de sa promotion, à l'appui des efforts déployés au niveau national pour la réalisation de l'objet et des buts de la présente

Convention, et prennent des mesures appropriées et efficaces à cet égard, entre eux et, s'il y a lieu, en partenariat avec les organisations internationales et régionales compétentes et la société civile, en particulier les organisations de personnes handicapées. Ils peuvent notamment prendre des mesures destinées à :

- a) Faire en sorte que la coopération internationale y compris les programmes internationaux de développement prenne en compte les personnes handicapées et leur soit accessible ;
- b) Faciliter et appuyer le renforcement des capacités, notamment grâce à l'échange et au partage d'informations, d'expériences, de programmes de formation et de pratiques de référence ;
- c) Faciliter la coopération aux fins de la recherche et de l'accès aux connaissances scientifiques et techniques ;
- d) Apporter, s'il y a lieu, une assistance technique et une aide économique, y compris en facilitant l'acquisition et la mise en commune technologies d'accès et d'assistance et en opérant des transferts de technologie.

2. Les dispositions du présent article sont sans préjudice de l'obligation dans laquelle se trouve chaque État Partie de s'acquitter des obligations qui lui incombent en vertu de la présente Convention.

Article 33

Application et suivi au niveau national

1. Les États Parties désignent, conformément à leur système de gouvernement, un ou plusieurs points de contact pour les questions relatives à l'application de la présente Convention et envisagent dûment de créer ou désigner, au sein de leur administration, un dispositif de coordination chargé de faciliter les actions liées à cette application dans différents secteurs et à différents niveaux.

2. Les États Parties, conformément à leurs systèmes administratif et juridique, maintiennent, renforcent, désignent ou créent, au niveau interne, un dispositif, y compris un ou plusieurs mécanismes indépendants, selon qu'il conviendra, de promotion, de protection et de suivi de l'application de la présente Convention. En désignant ou en créant un tel mécanisme, ils tiennent compte des principes applicables au statut et au fonctionnement des institutions nationales de protection et de promotion des droits de l'homme.

3. La société civile en particulier les personnes handicapées et les organisations qui les représentent est associée et participe pleinement à la fonction de suivi.

Article 34

Comité des droits des personnes handicapées

1. Il est institué un Comité des droits des personnes handicapées (ci-après dénommer « le Comité ») qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose, au moment de l'entrée en vigueur de la présente Convention, de douze experts. Après soixante ratifications et adhésions supplémentaires à la Convention, il sera ajouté six membres au Comité, qui atteindra alors sa composition maximum de dix-huit membres.

3. Les membres du Comité siègent à titre personnel et sont des personnalités d'une haute autorité morale et justifiante d'une compétence et d'une expérience reconnues dans le domaine auquel s'applique la présente Convention. Les États Parties sont invités, lorsqu'ils désignent leurs candidats, à tenir dûment compte de la disposition énoncée au paragraphe 3 de l'article 4 de la présente Convention.

4. Les membres du Comité sont élus par les États Parties, compte tenu des principes de répartition géographique équitable, de représentation des différentes formes de civilisation et des principaux systèmes juridiques, de représentation équilibrée des sexes et de participation d'experts handicapés.

5. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de candidats désignés par les États Parties parmi leurs ressortissants, lors de réunions de la Conférence des États Parties. À ces réunions, où le quorum est constitué par les deux tiers des États Parties, sont élus membres du Comité les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des votes des représentants des États Parties présents et votants.

6. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par

écrit les États Parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les États Parties qui les ont désignés, et la communiquera aux États Parties à la présente Convention.

7. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles une fois. Toutefois, le mandat de six des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans ; immédiatement après la première élection, les noms de ces six membres sont tirés au sort par le Président de la réunion visée au paragraphe 5 du présent article.

8. L'élection des six membres additionnels du Comité se fera dans le cadre d'élections ordinaires, conformément aux dispositions du présent article.

9. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions, l'État Partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert possédant les qualifications et répondant aux conditions énoncées dans les dispositions pertinentes du présent article pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant.

10. Le Comité adopte son règlement intérieur.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les moyens matériels qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention et convoque sa première réunion.

12. Les membres du Comité reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale des Nations Unies, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions fixées par l'Assemblée générale, eu égard à l'importance des fonctions du Comité.

13. Les membres du Comité bénéficient des facilités, privilèges et immunités accordés aux experts en mission pour l'Organisation des Nations Unies, tels

qu'ils sont prévus dans les sections pertinentes de la Convention sur les privilèges et les immunités des Nations Unies.

Article 35

Rapports des États Parties

1. Chaque État Partie présente au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, un rapport détaillé sur les mesures qu'il a prises pour s'acquitter de ses obligations en vertu de la présente Convention et sur les progrès accomplis à cet égard, dans un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente

Convention pour l'État Partie intéressé.

2. Les États Parties présentent ensuite des rapports complémentaires au moins tous les quatre ans, et tous autres rapports demandés par le Comité.

3. Le Comité adopte, le cas échéant, des directives relatives à la teneur des rapports.

4. Les États Parties qui ont présenté au Comité un rapport initial détaillé n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite, à répéter les informations déjà communiquées. Les États Parties sont invités à établir leurs rapports selon une procédure ouverte et transparente et tenant dûment compte de la disposition énoncée au paragraphe 3 de l'article 4 de la présente Convention.

5. Les rapports peuvent indiquer les facteurs et les difficultés qui affectent l'accomplissement des obligations prévues par la présente Convention.

Article 36

Examen des rapports

1. Chaque rapport est examiné par le Comité, qui formule les suggestions et recommandations d'ordre général sur le rapport qu'il estime appropriées et qui les transmet à l'État Partie intéressé. Cet État Partie peut communiquer en réponse au Comité toutes informations qu'il juge utiles. Le Comité peut demander aux États Parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la présente Convention.

2. En cas de retard important d'un État Partie dans la présentation d'un rapport, le Comité peut lui notifier qu'il sera réduit à examiner l'application de la présente Convention dans cet État Partie à partir des informations fiables dont il peut disposer, à moins que le rapport attendu ne lui soit présenté dans les trois mois de la notification. Le Comité invitera l'État Partie intéressé à participer à cet examen. Si l'État Partie répond en présentant son rapport, les dispositions du paragraphe 1 du présent article s'appliqueront.

3. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies communique les rapports à tous les États Parties.

4. Les États Parties mettent largement leurs rapports à la disposition du public dans leur propre pays et facilitent l'accès du public aux suggestions et recommandations d'ordre général auxquelles ils ont donné lieu.

5. Le Comité transmet aux institutions spécialisées, fonds et programmes des Nations Unies et aux autres organismes compétents, s'il le juge nécessaire, les rapports des États Parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagnés, le cas échéant, de ses observations et recommandations touchant ladite demande ou indication, afin qu'il puisse y être répondu.

Article 37

Coopération entre les États Parties et le Comité

1. Les États Parties coopèrent avec le Comité et aident ses membres à s'acquitter de leur mandat.

2. Dans ses rapports avec les États Parties, le Comité accordera toute l'attention voulue aux moyens de renforcer les capacités nationales aux fins de l'application de la présente Convention, notamment par le biais de la coopération internationale.

Article 38

Rapports du Comité avec d'autres organismes et organes

Pour promouvoir l'application effective de la présente Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine qu'elle vise :

a) Les institutions spécialisées et autres organismes des Nations

Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat.

Le Comité peut inviter les institutions spécialisées et tous autres organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées et les autres organismes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité ;

b) Dans l'accomplissement de son mandat, le Comité consulte, selon qu'il le juge approprié, les autres organes pertinents créés par les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme en vue de garantir la cohérence de leurs directives en matière d'établissement de rapports, de leurs suggestions et de leurs recommandations générales respectives et d'éviter les doublons et les chevauchements dans l'exercice de leurs fonctions.

Article 39

Rapport du Comité

Le Comité rend compte de ses activités à l'Assemblée générale et au Conseil économique et social tous les deux ans et peut formuler des suggestions et des recommandations générales fondées sur l'examen des rapports et des informations reçus des États Parties. Ces suggestions et ces recommandations générales sont incluses dans le rapport du Comité, accompagnées, le cas échéant, des observations des États Parties.

Article 40

Conférence des États Parties

1. Les États Parties se réunissent régulièrement en Conférence des États Parties pour examiner toute question concernant l'application de la présente Convention.

2. Au plus tard six mois après l'entrée en vigueur de la présente Convention, la Conférence des États Parties sera convoquée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Ses réunions subséquentes seront convoquées par le Secrétaire général tous les deux ans ou sur décision de la Conférence des États Parties.

Article 41

Dépositaire

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est le dépositaire de la présente Convention.

Article 42

Signature

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les États et des organisations d'intégration régionale au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York à compter du 30 mars 2007.

Article 43

Consentement à être lié

La présente Convention est soumise à la ratification des États et à la confirmation formelle des organisations d'intégration régionale qui l'ont signée. Elle sera ouverte à l'adhésion de tout État ou organisation d'intégration régionale qui ne l'a pas signée.

Article 44

Organisations d'intégration régionale

1. Par « organisation d'intégration régionale » on entend toute organisation constituée par des États souverains d'une région donnée, à laquelle ses États

membres ont transféré des compétences dans les domaines régis par la présente Convention. Dans leurs instruments de confirmation formelle ou d'adhésion, ces organisations indiquent l'étendue de leur compétence dans les domaines régis par la présente Convention. Par la suite, elles notifient au depositaire toute modification importante de l'étendue de leur compétence.

2. Dans la présente Convention, les références aux « États Parties » s'appliquent à ces organisations dans la limite de leur compétence.

3. Aux fins du paragraphe 1 de l'article 45 et des paragraphes 2 et 3 de l'article 47 de la présente Convention, les instruments déposés par les organisations d'intégration régionale ne sont pas comptés.

4. Les organisations d'intégration régionale disposent, pour exercer leur droit de vote à la Conférence des États Parties dans les domaines qui relèvent de leur compétence, d'un nombre de voix égal au nombre de leurs États membres Parties à la présente Convention. Elles n'exercent pas leur droit de vote si leurs États membres exercent le leur, et inversement.

Article 45

Entrée en vigueur

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des États ou chacune des organisations d'intégration régionale qui ratifieront ou confirmeront formellement la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt par cet État ou cette organisation de son instrument de ratification, d'adhésion ou de confirmation formelle.

Article 46

Réserves

1. Les réserves incompatibles avec l'objet et le but de la présente Convention ne sont pas admises.
2. Les réserves peuvent être retirées à tout moment.

Article 47

Amendements

1. Tout État Partie peut proposer un amendement à la présente Convention et le soumettre au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique les propositions d'amendement aux États Parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des États Parties en vue d'examiner ces propositions et de se prononcer sur elles. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des États Parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par une majorité des deux tiers des États Parties présents et votants est soumis pour approbation à l'Assemblée générale des Nations Unies, puis pour acceptation à tous les États Parties.
2. Tout amendement adopté et approuvé conformément au paragraphe 1 du présent article entre en vigueur le trentième jour suivant la date à laquelle le nombre d'instruments d'acceptation déposés atteint les deux tiers du nombre des États Parties à la date de son adoption. Par la suite, l'amendement entre en vigueur pour chaque État Partie le trentième jour suivant le dépôt par cet État de son instrument d'acceptation. L'amendement ne lie que les États Parties qui l'ont accepté.
3. Si la Conférence des États Parties en décide ainsi par consensus, un amendement adopté et approuvé conformément au paragraphe 1 du présent article et portant exclusivement sur les articles 34, 38, 39 et 40 entre en vigueur

pour tous les États Parties le trentième jour suivant la date à laquelle le nombre d'instruments d'acceptation déposés atteint les deux tiers du nombre des États Parties à la date de son adoption.

Article 48

Dénonciation

Tout État Partie peut dénoncer la présente Convention par voie de notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle le Secrétaire général en a reçu notification.

Article 49

Format accessible

Le texte de la présente Convention sera diffusé en formats accessibles.

Article 50

Textes faisant foi

Les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe de la présente Convention font également foi.

EN FOI DE QUOI les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

PROTOCOLE FACULTATIF SE RAPPORTANT À LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les États Parties au présent Protocole sont convenus de ce qui suit :

Article premier

1. Tout État Partie au présent Protocole (« État Partie ») reconnaît que le Comité des droits des personnes handicapées (« le Comité ») a compétence pour recevoir et examiner les communications présentées par des particuliers ou groupes de particuliers ou au nom de particuliers ou groupes de particuliers relevant de sa juridiction qui prétendent être victimes d'une violation par cet État Partie des dispositions de la Convention.

2. Le Comité ne reçoit aucune communication intéressant un État Partie à la Convention qui n'est pas partie au présent Protocole.

Article 2

Le Comité déclare irrecevable toute communication :

- a) Qui est anonyme ;
- b) Qui constitue un abus du droit de présenter de telles communications ou est incompatible avec les dispositions de la Convention ;
- c) Ayant trait à une question qu'il a déjà examinée ou qui a déjà été examinée ou est en cours d'examen devant une autre instance internationale d'enquête ou de règlement ;
- d) Concernant laquelle tous les recours internes disponibles n'ont pas été épuisés, à moins que la procédure de recours n'excède des délais raisonnables ou qu'il soit improbable que le requérant obtienne réparation par ce moyen ;
- e) Qui est manifestement mal fondée ou insuffisamment motivée ; ou
- f) Qui porte sur des faits antérieurs à la date d'entrée en vigueur du présent Protocole à l'égard de l'État Partie intéressé, à moins que ces faits ne persistent après cette date.

Article 3

Sous réserve des dispositions de l'article 2 du présent Protocole, le Comité porte confidentiellement à l'attention de l'État Partie intéressé toute communication qui lui est adressée. L'État Partie intéressé soumet par écrit au Comité, dans un délai de six mois, des explications ou déclarations éclaircissant la question et indiquant les mesures qu'il pourrait avoir prises pour remédier à la situation.

Article 4

1. Après réception d'une communication et avant de prendre une décision sur le fond, le Comité peut à tout moment soumettre à l'urgence l'attention de l'État Partie intéressé une demande tendant à ce qu'il prenne les mesures conservatoires nécessaires pour éviter qu'un dommage irréparable ne soit causé aux victimes de la violation présumée.

2. Le Comité ne préjuge pas de sa décision sur la recevabilité ou le fond de la communication du simple fait qu'il exerce la faculté que lui donne le paragraphe 1 du présent article.

Article 5

Le Comité examine à huis clos les communications qui lui sont adressées en vertu du présent Protocole. Après avoir examiné une communication, le Comité transmet ses suggestions et recommandations éventuelles à l'État Partie intéressé et au pétitionnaire.

Article 6

1. Si le Comité est informé, par des renseignements crédibles, qu'un État Partie porte gravement ou systématiquement atteinte aux droits énoncés dans la Convention, il invite cet État à s'entretenir avec lui des renseignements portés à son attention et à présenter ses observations à leur sujet.

2. Le Comité, se fondant sur les observations éventuellement formulées par l'État Partie intéressé, ainsi que sur tout autre renseignement crédible dont il dispose, peut charger un ou plusieurs de ses membres d'effectuer une enquête et de lui rendre compte sans tarder des résultats de celle-ci.

Cette enquête peut, lorsque cela se justifie et avec l'accord de l'État Partie, comporter une visite sur le territoire de cet État.

3. Après avoir étudié les résultats de l'enquête, le Comité les communique à l'État Partie intéressé, accompagnés, le cas échéant, d'observations et de recommandations.

4. Après avoir été informé des résultats de l'enquête et des observations et recommandations du Comité, l'État Partie présente ses observations à celui-ci dans un délai de six mois.

5. L'enquête conserve un caractère confidentiel et la coopération de l'État Partie sera sollicitée à tous les stades de la procédure.

Article 7

1. Le Comité peut inviter l'État Partie intéressé à inclure, dans le rapport qu'il doit présenter conformément à l'article 35 de la Convention, des précisions sur les mesures qu'il a prises à la suite d'une enquête effectuée en vertu de l'article 6 du présent Protocole.

2. À l'expiration du délai de six mois visé au paragraphe 4 de l'article 6, le Comité peut, s'il y a lieu, inviter l'État Partie intéressé à l'informer des mesures qu'il a prises à la suite de l'enquête.

Article 8

Tout État Partie peut, au moment où il signe ou ratifie le présent Protocole ou y adhère, déclarer qu'il ne reconnaît pas au Comité la compétence que lui confèrent les articles 6 et 7.

Article 9

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est le dépositaire du présent Protocole.

Article 10

Le présent Protocole est ouvert à la signature des États et des organisations d'intégration régionale qui ont signé la Convention, au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, à compter du 30 mars 2007.

Article 11

Le présent Protocole est soumis à la ratification des États qui l'ont signé et ont ratifié la Convention ou y ont adhéré. Il doit être confirmé formellement par les organisations d'intégration régionale qui l'ont signé et qui ont confirmé formellement la Convention ou y ont adhéré. Il sera ouvert à l'adhésion de tout État ou de toute organisation d'intégration régionale qui a ratifié ou confirmé formellement la Convention ou qui y a adhéré mais qui n'a pas signé le Protocole.

Article 12

1. Par « organisation d'intégration régionale » on entend toute organisation constituée par des États souverains d'une région donnée, à laquelle ses États membres ont transféré des compétences dans les domaines régis par la Convention et le présent Protocole. Dans leurs instruments de confirmation formelle ou d'adhésion, ces organisations indiquent l'étendue de leur compétence dans les domaines régis par la Convention et le présent Protocole. Par la suite, elles notifient au dépositaire toute modification importante de l'étendue de leur compétence.

2. Dans le présent Protocole, les références aux « États Parties » s'appliquent à ces organisations dans la limite de leur compétence.

3. Aux fins du paragraphe 1 de l'article 13 et du paragraphe 2 de l'article 15 du présent Protocole, les instruments déposés par des organisations d'intégration régionale ne sont pas comptés.

4. Les organisations d'intégration régionale disposent, pour exercer leur droit de vote à la réunion des États Parties dans les domaines qui relèvent de leur compétence, d'un nombre de voix égal au nombre de leurs États membres Parties au présent Protocole. Elles n'exercent pas leur droit de vote si leurs États membres exercent le leur, et inversement.

Article 13

1. Sous réserve de l'entrée en vigueur de la Convention, le présent Protocole entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt du dixième instrument de ratification ou d'adhésion.

2. Pour chacun des États ou chacune des organisations d'intégration régionale qui ratifieront ou confirmeront formellement le présent Protocole ou y adhéreront après le dépôt du dixième instrument de ratification ou d'adhésion, le Protocole entrera en vigueur le trentième jour suivant le dépôt par cet État ou cette organisation de son instrument de ratification, d'adhésion ou de confirmation formelle.

Article 14

1. Les réserves incompatibles avec l'objet et le but du présent Protocole ne sont pas admises.

2. Les réserves peuvent être retirées à tout moment.

Article 15

1. Tout État Partie peut proposer un amendement au présent Protocole et le soumettre au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Le Secrétaire général communique les propositions d'amendement aux États Parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une réunion des États Parties en vue d'examiner ces propositions et de se prononcer sur elles. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des États Parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle réunion, le Secrétaire général convoque la réunion sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par une majorité des deux tiers des États Parties présents et votants est soumis pour approbation à l'Assemblée générale des Nations Unies, puis pour acceptation à tous les États Parties.

2. Tout amendement adopté et approuvé conformément au paragraphe 1 du présent article entre en vigueur le trentième jour suivant la date à laquelle le

nombre d'instruments d'acceptation déposés atteint les deux tiers du nombre des États Parties à la date de son adoption. Par la suite, l'amendement entre en vigueur pour chaque État Partie le trentième jour suivant le dépôt par cet État de son instrument d'acceptation. L'amendement ne lie que les États Parties qui l'ont accepté.

Article 16

Tout État Partie peut dénoncer le présent Protocole par voie de notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle le Secrétaire général en a reçu notification.

Article 17

Le texte du présent Protocole sera diffusé en formats accessibles.

Article 18

Les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe du présent Protocole font également foi.

EN FOI DE QUOI les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé le présent Protocole.

Annexe 1 : questionnaire pour les parents

Numéro du questionnaire :

District de Bamako :

Commune :

Quartier :

Date de l'enquête :...../...../.....

CARACTERISTIQUES DES PARENTS

- **Résidence** :.....

- **sexe** : masculin:...../ féminin:...../

- **lien avec l'enfant** :.....

- **ethnie**:...../

- **Statut matrimonial** :

Célibataire /.../ marié /.../ divorcé /.../ veuve /.../abandonné /.../

- **Niveau d'instruction** :

Primaire /.../ secondaire /.../ supérieur /.../ sans instruction /.../

alphabétisé/.../

- autre à préciser :.....

- **Profession** :

Élève /.../étudiant /.../ fonctionnaire /.../ commerçant /.../ artisan /.../

ouvrier /.../ retraité /.../ ménagère /.../ cultivateur /.../

Autre à préciser :.....

I. INFORMATIONS SUR LES ENFANTS

-Avez-vous des enfants de 0 à 17ans ?

Oui/.... / non/.... /

-Si oui combien d'enfants de 0 à 17ans avez-vous ? /...../

-Quel est l'âge de ces enfants ?

Age : 1^{er} enfant /...../ 2^e enfant /...../

3^e enfant /...../ 4^e enfant /...../

5^{ème} /...../ 6^{ème} /...../ 7^{ème} /...../ 8^{ème} /...../

-Parmi les enfants cités y a t- il des enfants qui présentent des handicaps

Oui /.... / Non /...../

-Si oui combien /...../

Pour chaque enfant handicapé recueillir les informations suivantes :

Q1- Caractéristiques socio- démographiques de l'enfant:

Q1-1- Noms et prénom de la PH :.....

Q1-2- résidence :.....

Q1-3- Age /..... /

Q1-4- Sexe : féminin /..... / masculin /...../

Q1-5- Ethnie /..... //..... / /..... /

/..... //..... //..... /

Q1-6- Statut matrimonial :

1. célibataire /.../ 2. Marié /.../ 3. Divorcé /.../ veuve /.../

abandonné/.../

Q1-7- Niveau d'instruction :

Primaire /.../ secondaire /.../ supérieur /.../ sans instruction /.../

alphabétisée /.../ autre à préciser /.../

Q1-8- Profession :

Élève /.../ étudiant /.../ fonctionnaire /.../ commerçant /.../ artisan/.../

Ouvrier /.../ retraité /.../ ménagère/.../ cultivateur/.../

Autre à préciser /...../

II. INFORMATION SUR LE HANDICAP

Q2-1- Type handicap :

Q2-1-1-Physique / moteur /.../

Pied bot /...../

Absence de membre ou une partie de membre déformé/...../

Si handicap moteur déterminer la localisation :

-Membre supérieur /...../

-Membre inférieur /...../

Q2-1-2-Visuel :

Aveugle/...../

Baisse de l'acuité visuelle /..... /

Q2-1-3-Auditive :

Sourd /...../

muet/...../

Sourd et muet /...../

Mal entendant /...../

Q2-1-4- mental /.../

Q2-1-5-albinisme /.../

Q2-2- causes du handicap :

Q2-2-1-naissance : traumatisme dû à l'accouchement /.../ n'a pas crié à la naissance /.../ fièvre convulsive/.../

Q2-2-2-accidents /...../

Si accident, préciser le type d'accident ?

.....

Accident de la route.....

Accident travail.....

accident/mine/arme.....

Accident brûlure.....

Soins/ injection mal faits.....

Autre.....

Q2-2-3-Maladie.....

.....

Q2-2-4-Sorcellerie.....

.....

.....

Q2-2- 5-Autres.....

.....

.....

.....

Q2-2-6-NSP.....

Annexe2 : guide d'entretien pour les parents des personnes handicapés sur la prise en charge :

Q-1- connaissez- vous une structure de prise en charge :

Oui /...../ non /..... /

Si oui les quelles.....
.....
.....
.....

Q2- Avez-vous été déjà en contact avec l'une de ces structures de prise en charge :

Oui /...../ non/...../

Q3- Si non pourquoi n'avez-vous pas été en contact avec les structures de prise charge.....

Q4- Si oui lesquelles.....
.....
.....

Q5- A qu'elle occasion.....
.....
.....

Q6- Qu'ont-elles apporté comme solution à votre problème/demande

.....
.....

Q7-Qu'est-ce que vous attendez de ces structures.....

.....
.....
.....

(Scolarisation, réinsertion socio- économique.....)

Q8-quelles sont les difficultés que vous avez rencontré lors de la prise en charge ?.....

.....
.....
.....

Q9- Dans l'avenir, que désirez-vous pour les personnes handicapées ?

.....
.....

Fiche signalétique :

Nom : COULIBALY

Prénom : Dielika

Titre : Etude de la prévalence du handicap et prise en charge des personnes handicapées dans la commune VI du district de Bamako.

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : santé publique

Résumé :

Prévalence : la prévalence désigne un ensemble de cas totaux répertorié dans une population donnée dans un domaine bien déterminé ;

Handicap :

Selon l'OMS le handicap d'un individu est le désavantage qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normale compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

Au Mali beaucoup d'efforts ont été consenti parmi lesquels :

Le développement d'un programme de Réadaptation à base Communautaire

La ratification de la convention relative aux droits des PH

Prise en compte du handicap dans le PRODESS et le CSRLP et le plan OMD.

Nous avons comme objectif général d'étudier la prévalence du handicap et prise en charge des personnes handicapées en commune VI du district de Bamako.

Nous avons fait une étude transversale du 1^{er} février au 31 mars 2013 dans la commune VI du district de Bamako.

Nous avons eu une prévalence de handicap de 8,10% chez les enfants de 0 à 17 ans. Parmi les enfants handicapées, les tranches d'âges de 5 à 10 ans étaient la

plus représentées avec 35,30% ; dont la majorité était de sexe masculin avec un taux de 64,7%.

Le handicap était observé à la naissance dans 38,24% et le type le plus rencontré était le handicap physique dans 41,1% des cas.

Parmi les enfants handicapés 35,28% avaient eu un contact avec les structures de prise en charge lors des traitements.

La cause la plus retenue du handicap était de naissance suivie par les accidents notamment les accidents de la route et les accidents survenant au cours des soins.

Mots clés : enfant, handicap, prévalence.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure