

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
**UN peuple - Un But - Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021



N° .....

**Thèse**

**HANDICAP ET PRISE EN CHARGE DES  
PERSONNES HANDICAPEES DANS LE  
QUARTIER DE BANCONI**

Présentée et soutenue publiquement le 09/06/2021 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali

**Par : Mme Koumbouna COULIBALY**

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

**Président : Pr Hamadoun SANGHO**

**Membre : Dr KEITA Salia**

**Co-Directeur : Dr Cheick ABOU COULIBALY**

**Directeur de thèse : Pr Cheick Oumar BAGAYOKO**

# **DEDICACE ET REMERCIEMENT**

**DÉDICACE :**

Je dédie collectivement ce travail :

**A mon père Djibril Coulibaly :**

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.

**A mes deux mères : Doussou Magassouba et Koumbouna Coulibaly**

Soutiens et piliers de ma vie. S'il y a des femmes sur lesquelles je prends exemple ce sont vous car pour moi vous êtes parfaites en tant que femme et en tant que mère. Vous m'avez toujours soutenu ainsi que tous vos enfants. Soyez assuré de ma profonde affection.

Vos conseils, vos encouragements, vos sacrifices, vos bénédictions et surtout votre patience m'ont permis d'atteindre ce résultat.

Que Dieu le tout puissant vous s'accorde une longue vie et une bonne santé pour que vous puissiez savourer le fruit de vos peines.

Je vous suis éternellement reconnaissante.

**A mon mari Adama Coulibaly**

Un homme brave, loyal et audacieux qui m'a toujours encouragé et soutenu dans les moments difficiles ; c'est avec un cœur plein d'amour que je te dédie ce travail, merci pour ta patience

Que Dieu renforce notre union.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,**

**Professeur Hamadoun SANGHO**

- **Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et d'odonto- stomatologie (FMOS) ;**
- **Chevalier de d'ordre national ;**
- **Ex Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ;**
- **Chef du Département des Etudes et de Recherche en Santé Publique**

**Cher maitre,**

-Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

-Vos qualités humains, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un formateur apprécié de tous.

-Veuillez accepter cher maitre, nos remerciements les plus sincères, que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Dr Salia KEITA,**

- **Diplômé d'Etude Spécialisée en Santé publique de la Faculté de Médecine de Fès Maroc de l'Université Sidi Mohammed ben Abdallah**
- **Master 2 en Action de Santé Publique à l'Université Claude Bernard Lyon1 en France.**
- **Maitre-Assistant à USTTB département de Santé publique**

**Cher Maitre,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre disponibilité, votre sens de l'honneur et votre humanisme.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici cher Maitre, l'expression de notre profonde gratitude

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE ;**

**Dr Cheick Abou COULIBALY**

- **Médecin spécialiste en épidémiologie ;**
- **Maitre-Assistant en Epidémiologie au Département des Etudes et de Recherche en Santé Publique.**

**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.

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

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE :**

**Pr Cheick Oumar BAGAYOKO**

- **Maitre de conférences agrégé en Informatique Médicale ;**
- **Ph.D en Informatique médicale de l'Université d'Aix Marseille II ;**
- **Enseignant-chercheur en Informatique Médicale aux Universités de Genève ; d'Aix Marseille II et de Bamako ;**
- **Coordinateur du Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine RAFT ;**
- **Représentant de la Fondation Health On the Net °HON° pour l'Afrique Francophone ;**
- **Premier Lauréat du prix RFI Challenge App Afrique ;**
- **Directeur du centre d'expertise et de Recherche en Télémédecine et E-Sante- CERTES**
- **Directeur du centre d'innovation et de sante digitale a l USTTB ;**
- **Médaille du mérite militaire.**

**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 suscités 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.



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**OPH** : organisation des personnes handicapées

**ONG** : organisation non gouvernementale

**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

## Liste des tableaux

Tableau I: liste des secteurs et leurs populations .....	15
Tableau II: liste des quartiers et le nombre des personnes handicapées de la commune I de 2016 à 2018. ....	16
Tableau III ; ci-dessous liste le nombre, les différents types du handicap et le pourcentage dans la commune I de Bamako de 2016 à 2018 selon la fréquentation. ....	18
Tableau IV: récapitulatif des secteurs, effectifs de la population et effectifs cumulés des populations. ....	20
Tableau V : récapitulatif des secteurs, effectifs de la population et effectifs cumulés des populations et les grappes retenues.....	21
Tableau VI : taille des personnes à enquêter par grappe et par secteurs.....	22
Tableau VII: Répartition des personnes handicapées en fonction de la résidence ..	25
Tableau VIII: Répartition des personnes handicapées en fonction de la tranche d'âge .....	26
Tableau IX: Répartition des personnes handicapées en fonction du sexe .....	26
Tableau X: Répartition des personnes handicapées en fonction du lien avec la famille.....	27
Tableau XI : Répartition des personnes handicapées en fonction du statut matrimonial.....	27
Tableau XII : Répartition des personnes handicapées en fonction du niveau d'instruction.....	28
Tableau XIII: Répartition des personnes handicapées en fonction de la profession	29
Tableau XIV: Répartition des personnes handicapées en fonction des types d'handicap .....	30
Tableau XV: Répartition des types d'handicap en fonction des tranches d'âges. ....	30

Tableau XVI : Répartition des handicapés en fonction de la cause du handicap ....	31
Tableau XVII : Répartition des personnes handicapées en fonction de leur contact avec une structure de prise en charge.....	31
Tableau XVIII : Répartition des personnes handicapées en fonction des structures de PEC connues et contactées. ....	32
Tableau XIX: Répartition des personnes handicapées en fonction de la raison de leur non contact avec une structure de PEC.....	33
Tableau XX: Répartition des personnes handicapées en fonction de la solution apportée par le contact.....	34
Tableau XXI : Répartition des handicapés en fonction des difficultés qu'ils ont rencontrés lors de la prise en charge .....	35
Tableau XXII : Répartition des handicapés en fonction de leurs souhaits pour les personnes handicapés .....	36

## Table des matières

I. INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE :	5
2.1. Objectif général :	5
2.2. Objectifs spécifiques :	5
III. GENERALITES :	6
3.1. Définitions de concepts :	6
3.2. Revue de la littérature	9
3.2.1. Évolution du concept handicap	9
3.2.2. Types de handicap :	10
3.2.3. Tendances générales :	11
3.2.4. Les causes des handicaps : elles peuvent se regrouper comme suit :	12
3.2.5. Prises en charge des personnes handicapées :	12
IV : METHODOLOGIE	14
4.1. Cadre d'étude :	14
4.2. Type et période d'étude :	18
4.3. Population d'étude :	18
4.4. Echantionnage :	19
4.5. Variables :	22
4.6. Techniques de collecte :	23
4.7. Déroulement de la collecte des données :	23
4.8. Technique de saisie :	24
4.9. Considérations éthiques :	24
V. RESULTATS :	25
VI. Discussions :	38
VII. Conclusion :	42

VIII. Recommandations : .....	44
IX. REFERENCES : .....	46
X. ANNEXE.....	50
FICHE D'ENQUETE : .....	50
Fiche signalétique.....	56
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	57

# INTRODUCTION

## **I. INTRODUCTION :**

L'organisation Mondiale de la Santé considère le handicap comme un problème de santé publique mondial, une question de droits de l'homme et une priorité de développement ; car de nombreux obstacles empêchent les personnes handicapées compris les enfants, d'accéder aux services de santé et services connexes comme la réadaptation, et parce que ses personnes sont en moins bonne santé que le reste de la population. Le handicap est universel. Chacun, ou un membre de sa famille, peut souffrir d'un handicap et éprouver des limitations fonctionnelles à un moment donné de sa vie, surtout à un âge avancé. Le handicap peut conduire à une baisse du niveau de vie et à la pauvreté faute d'accès à l'éducation à l'emploi et à une rémunération, et par les dépenses qu'il occasionne. On estime que 93 millions d'enfants de moins 15 ans souffrent d'un handicap modéré à grave [1].

Dans le monde, on dénombre plus d'un milliard de personnes handicapées, ce qui représente 15% environ de la population mondiale ou une personne sur sept. Sur ce nombre, entre 110 et 190 millions d'adultes éprouvent des difficultés fonctionnelles importantes [1].

Selon le rapport de l'OMS, le handicap deviendra une préoccupation encore plus grande des années à venir, 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, les femmes et les pauvres mais aussi par l'accroissement mondial des problèmes de santé chronique 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 [2].

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 ou les toxicomanies [2].

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 %). 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 [3].

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 [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 d'handicap à 1,2% [4].

**Au Mali en 2007 :** selon une enquête réalisée par l'ONG Handicap International dans le cercle de Tominian, 2,8% de la population ont été déclarées en situation d'handicap [5].

En termes de statistique il y a eu des problèmes pour la prise en charge des personnes handicapées dans le recensement général. Les chiffres ont été sous-estimés et d'autre part un recensement concernant uniquement les personnes handicapées n'a pas pu voir le jour faute de moyens financiers [6].

La connaissance du nombre de personne handicapée nous paraît primordiale pour une meilleure prise en charge en matière de prévention, 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. C'est une raison pour laquelle, nous avons entrepris ce travail dont les objectifs sont présents dans le chapitre suivant.



# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS DE L'ETUDE :**

### **2.1. Objectif général :**

Déterminer la fréquence du handicap et la prise en charge des personnes handicapées dans le quartier de Banconi de la commune I du district de Bamako.

### **2.2. Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques socio démographiques des personnes handicapées
- Identifier les différents types d'handicap au quartier Banconi de la commune I du district de Bamako en 2019 ;
- Décrire les informations sur la prise en charge des personnes handicapées au quartier Banconi

### **III. GENERALITES :**

#### **3.1. Définitions de concepts :**

##### **a) 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.

- 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.

**b) 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

**c) 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.

##### **d) Personne handicapée**

Les personnes handicapées et non les handicapés : appellation imposée par les organisation des personnes handicapées sur le plan mondial que c'est une personne en difficulté .La personne handicapée est 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.

Cette définition introduit la notion de responsabilité de la société dans les

difficultés de la personne Handicapée à assurer ses besoins normaux et habituels.

**e) Réadaptation :**

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

**f) 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) [7].

**g) La Participation Communautaire :**

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 cadre de la politique sectorielle de santé et de population page 16 « Animation pour la Participation Communautaire aux Programmes socio-sanitaires » [8] .

**h) 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 programmes 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 [8].

### **i) La Communauté**

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. [9] [.

### **j) L'éducation spéciale**

L'éducation spéciale se définit selon l'UNESCO en 1968 comme « une forme enrichie d'éducation générale, visant à améliorer la vie de ceux qui souffrent de handicap divers, enrichie pour qu'elle fait appel à des méthodes des pédagogies et des matériels techniques pour remédier à certains types de déficience » [8].

### **k) 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.

### **l) L'éducation séparée**

Elle consiste à placer l'enfant handicapé dans une école spéciale adaptée à la nature

de son handicap.

### **m) L'éducation en milieu hospitalier**

Elle consiste à éduquer les enfants handicapés dont leur état nécessite une surveillance médicale permanente.

### **n) 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 :

#### **- La prévention primaire :**

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

#### **- La prévention secondaire :**

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

#### **- La prévention tertiaire :**

Éliminer 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. [10].

## **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.

### **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... » [11].

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 [11].

*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. [11].

**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 transmissible [5]. 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 [6].

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

- *les causes prénatales :*
  - les facteurs génétiques ;
    - les infections gynécologiques ;
    - la prise des substances toxiques ;
  - les carences alimentaires.
- *les causes périnatales :*
  - les traumatismes à la naissance ;
  - l'anoxie périnatale ;
  - la souffrance fœtale ;
  - les accouchements dystociques.
- *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.

# METHODOLOGIE

## **IV : METHODOLOGIE**

### **4.1. Cadre d'étude :**

#### **4.1.1. Aspects géographiques :**

##### **a) Rappel historique de Banconi :**

Les premiers habitants de Banconi sont venus de Wasulu à l'époque des guerres samoriennes à la fin du XIX<sup>ème</sup> Siècle. L'autorisation de s'installer ; a été donnée par les Touré habitants de l'actuel quartier de Bozola et qui étaient les propriétaires des terres. Le nom de Banconi provient de son lieu d'installation, petit (ni), Marigot (co) et aux palmiers (ban). Des peulhs de Wasulu, des Minianka de Koutiala, des Soninké de Nioro et des Bambaras de Bélé Dougou sont les habitants de ce quartier. Les trois premiers secteurs du quartier furent Salembougou, Flabougou, et Zèguènèkorobougou puis sont apparus ceux de Layebougou (1974), Plateau, Dianguinèbougou et Razel. Cette population utilisait la médecine à caractère pluriel.

##### **b) Superficie (densité/km<sup>2</sup>) :**

Banconi est l'un des quartiers la plus vaste de la commune I de Bamako et s'étend sur une superficie de 10,15 Km<sup>2</sup> pour une densité de 6739 habitants au km<sup>2</sup>.

##### **c) Limites :**

Le quartier Banconi est limité :

- au Nord par le quartier de Sikoroni
- à l'Est par les quartiers de Fadjiguila et de Korofina Nord
- à l'Ouest par le quartier del'Hyppodrome
- au Sud par le quartier de Korofina Sud

##### **d) Le Climat :**

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

Le quartier de Banconi connaît des variations climatiques d'année en année.

**e) Relief :**

Le relief est caractérisé par des plateaux et de plaines

**f) 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 manguier. On constate également la présence de nouvelles espèces telle que

Les Nîmes, l'eucalyptus...

**f) Hydrographie :**

Le quartier Banconi est arrosé par deux marigots :

- « Tienkolé ou Farakoni » qui vient de Djalacorodji vers Banconi Flabougou avant de se jeter au fleuve du Niger
- « Banconi » qui vient de sikoroni vers Banconi

**4.1.2. Découpage administratif :**

Banconi est subdivisé en sept (7) secteurs : Banconi (Salembougou, Flabougou, Plateau, Dianguinéougou, Layebougou , zèkènè-Korobougou et Razel).

**Tableau I: liste des secteurs et leurs populations**

<b>Secteurs</b>	<b>Population</b>
Salembougou	8010
Flabougou	9511
Zeguènèkorobougou	14043
Layebougou	11808
Plateau	10796
Diaguineougou	10586
Razel	9875
<b>Total</b>	<b>74629</b>

**Source** : association des jeunes de Banconi pour le développement du quartier Banconi en 2018.

### 4.1.3. Aspects démographiques :

La population totale de Banconi est estimée à 74629 hts soit 32,33% de la population totale de la commune I avec une taille des ménages à 6,31 personnes (source RGPH 1998 DNSI) [10]. La population se répartit entre les différents secteurs comme suit :

**Tableau II: liste des quartiers et le nombre des personnes handicapées de la commune I de 2016 à 2018.**

Quartier	Population	Nombre de personnes handicapées
Boukassoumbougou	28821	4323
Djelibougou	22058	3309
Korofina Nord	14350	2153
Korofina Sud	4979	747
Sotuba	3095	464
Fadjguila	14387	2158
Djoumanzana	18061	2709
Banconi	74629	11194
Sikoroni	26221	3933
<b>Total</b>	<b>206601</b>	<b>30990</b>

**Source :** Recensement général de la population et de l'habitat, en 2012.

### 4.1.4. Aspects sanitaires

Sur le plan de la santé, Banconi dispose un centre de santé communautaire, appelé ASACOBABA qui fut le premier ASACO du Mali et quelques secteurs médicaux privés.

#### **4.1.5. Structures de développement de Banconi :**

Plusieurs structures de développement se trouvent à Banconi parmi lesquelles, le service social s'occupe de la promotion socioéconomique des personnes handicapées à travers les activités d'information, de sensibilisation et de réadaptation.

Ce 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 dans la commune I s'élevant à 852 au total selon les différents types d'handicap [10].

**Tableau III ; ci-dessous liste le nombre, les différents types du handicap et le pourcentage dans la commune I de Bamako de 2016 à 2018 selon la fréquentation.**

<b>TYPES D'HANDICAP</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
MOTEUR	376	44 ,13%
POLYHANDICAPE	135	15,85%
AUDITIF	107	12,56%
PETITE TAILLE	89	10,45%
VISUEL	64	7,51%
MENTAL	48	5,63%
ALBINISME	33	3,87%
<b>TOTAL</b>	<b>852</b>	<b>100%</b>

**Source** : Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire de la commune I.

#### **4.2. Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée le 23 Novembre 2019 au 31 Aout 2020 dans le quartier Banconi de la commun I du district de Bamako.

#### **4.3. Population d'étude :**

Elle était composée :

- De toutes les personnes handicapées résidants au quartier Banconi.

##### **4.3.1. Critères d'inclusion**

- Tous les différents types d'handicap résidant à Banconi depuis 6 mois et plus.
- Toutes les personnes handicapées qui ont accepté de participer à l'enquête ;

##### **4.3.2. Critères de non inclusion**

- Tous les différents types d'handicap ne résidant pas au Banconi depuis

moins de 6 mois.

- Toutes les personnes handicapées qui ont refusé de participer à l'enquête ;

#### 4.4. Echantionnage :

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

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

n : taille de l'échantillon

$Z_{\alpha}$  : 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

$$(1,96)^2 \times 0,15 \times 0,85$$

$$n = \frac{\quad}{(0,5)^2} \times 2 = 195,9216 \times 2 = 196 \times 2 = 392$$

La taille de l'échantillon est de 392 personnes handicapées dans le quartier de Banconi.

Si on ajoute 10% comme non réponses (39), on aura 392+39= 431 personnes handicapé

#### a) Choix du quartier :

Nous avons procédé à un tirage aléatoire simple pour choisir un quartier parmi 6 quartiers de la commune I

#### b) Choix des secteurs

Les secteurs du quartier Banconi ont été sélectionnés par l'échantionnage en



grappe. Nous avons décidé de prendre un nombre de grappes (g)= 10. La procédure suivante a été adoptée pour la sélection des grappes :

**Etape 1 :** établissement de la liste nominative des secteurs de Banconi de la commune I.

**Etape 2 :** calcul de l'effectif cumulé des populations à partir de l'effectif de la population de chaque secteur, en ajoutant la population du premier secteur du tableau à celle du second secteur et ainsi de suite. Cela nous a permis d'avoir un effectif cumulé égale à 74629 (Voir tableau ci-dessous)

**Tableau IV: récapitulatif des secteurs, effectifs de la population et effectifs cumulés des populations.**

Secteur	Population	Effectifs cumulés
Salembougou	8010	<b>8010</b>
Flabougou	9511	<b>17521</b>
Zeguènekorobougou	14043	<b>31564</b>
Layebougou	11808	<b>43372</b>
Plateau	10796	<b>54168</b>
Diaguinebougou	10586	<b>64754</b>
Razel	9875	<b>74629</b>
<b>Total</b>	<b>74629</b>	

**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 10 :

$$N \quad 74629$$

$$K = \frac{74629}{10} = 7462,9$$

$$g \quad 10$$

**Etape 4 :** choix du nombre au hasard

A partir d'un billet de banque de milles franc CFA, on a sélectionné un nombre au hasard entre 1 et le pas de grappe « k » qui est 7463 ; le chiffre sélectionné est 543.

**Etape 5 :** choix de la 1<sup>ère</sup> grappe

La première grappe sera située sur la ligne du quartier où la population cumulée contient 543. En regardant sur le tableau ci-dessous, on constate qu'elle se trouve sur la ligne de SALEMBOUGOU.

**Etape 6 :** choix de la 2<sup>ème</sup> grappe

Nous avons ajouté au nombre au hasard 543, le pas de grappe qui est égal à 7463 ; cela a donné 8006 (voir tableau ci-dessous). Ce chiffre se situe au niveau de la ligne de la population cumulée de SALEMBOUGOU (deuxième grappe).

Nous avons procédé de la même manière pour choisir les 10 grappes.

**Tableau V : récapitulatif des secteurs, effectifs de la population et effectifs cumulés des populations et les grappes retenues.**

Secteurs	Population	Effectifs cumulés	Grappes
Salembougou	8010	8010	543 8006
Flabougou	9511	17521	15469
Zeguenekorobougou	14043	31564	22932 30395
Layebougou	11808	43372	37858
Plateau	10796	54168	45321 52784
Diaguinébourgou	10586	64754	60247
Razel	9875	74629	67710
<b>Total</b>	<b>74629</b>		

**Choix des ménages et des personnes handicapées :**

Le nombre de PH par grappe =  $n/g = 431/10 = 43$

Pour accéder aux ménages, 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, toutes les personnes handicapées ont été concernés.

Si le quartier dispose de plus d'une grappe, alors le nombre de personne à enquêter a été 43 multiplié par le nombre de grappe obtenu pour le quartier. (Voir tableau ci-dessous)

**Tableau VI : taille des personnes à enquêter par grappe et par secteurs**

Secteurs	Nombre de grappes	Taille par quartier
Salembougou	2	86
Flabougou	1	43
Zeguenekorobougou	2	86
Layebougou	1	43
Plateau	2	86
Diaguinebougou	1	43
Razel	1	43
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>430</b>

#### 4.5. Variables :

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

##### a) Caractéristiques sociodémographiques des personnes handicapées :

- Sexe ;
- Age ;
- Niveau d'instruction ;

- Situation matrimoniale ;
- Profession ;
- Résidence ;
- Lien avec la famille
- Ethique.

**b) Handicap :**

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

**c) Opinions sur la prise en charge :**

- Connaissance de l'existence de structures de prise en charge ;
- Fréquentation des structures de prise en charge ;
- Raisons de contact et de non contact
- Difficultés rencontrées lors de la prise en charge ;
- Suggestions.
- Attentes de la prise en charge ;
- Perspectives d'avenir.

**4.6. Techniques de collecte :**

Deux guides d'entretien ont été utilisés :

- Un questionnaire pour les caractéristiques des personnes handicapées ;
- Un guide d'entretien avec les personnes handicapées ;

**4.7. Déroulement de la collecte des données :**

La collecte des données s'est déroulée du 23 Novembre 2019 au 31 Avril 2020.

Les enquêteurs ont été formés au recueil des données. Un pré-test des outils de collecte s'est 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.

**4.8. Technique de saisie :**

**Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies avec le logiciel Microsoft Office et Excel et analysées sur SPSS 25.

**4.9. Considérations éthiques :**

Nous avons adressé une lettre au médecin chef du centre de référence de la commune I, qui nous a ensuite donné une réponse verbale favorable à la réalisation de notre étude. Nous avons été également orientées chez responsables socio sanitaires et le service social de la commune I ou nous avons fait aussi notre étude.

Le but de l'étude ainsi que ses procédures ont été expliqués à chaque participant de l'étude. Ils ont été également rassurés que la non-participation n'engendre pas de conséquences néfastes sur leur prise en charge ;

Le consentement éclairé du personnel de santé et le secret médical sont conservés, en ce qui concerne les renseignements obtenus et les résultats, ils seront disponibles pour la commune.

**V. RESULTATS :**

Notre enquête a concerné 431 personnes handicapées réparties entre les secteurs du quartier Banconi

**5.1. Caractéristiques des personnes handicapées.****Tableau VII: Répartition des personnes handicapées en fonction de la résidence**

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Salembougou	38	8,8 %
Flabougou	42	9,7 %
Zeguènèkorobougou	83	19,3 %
<b>Layebougou</b>	<b>106</b>	<b>24,6 %</b>
Plateau	63	14,6 %
Diaguinebougou	53	12,3 %
Razel	46	10,7 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les enquêtées, 24,6% résidaient à Layebougou et Zeguenekorobougou 19,3%.

**Tableau VIII: Répartition des personnes handicapées en fonction de la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
0-5 ans	28	6,5 %
6-16 ans	56	13,0 %
<b>17-27 ans</b>	<b>95</b>	<b>22,0 %</b>
28-38 ans	65	15,1 %
39-49 ans	71	16,5 %
50- 60 ans	49	11,4 %
> 60 ans	67	15,5 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les personnes handicapées, les tranches d'âges de 17 à 27 ans étaient les plus représentées avec 22%.

**Tableau IX: Répartition des personnes handicapées en fonction du sexe**

Sexe	Fréquence	Pourcentage
<b>Masculin</b>	<b>217</b>	<b>50,3 %</b>
Féminin	214	49,7 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Il y'avait 50,3% des personnes handicapées qui étaient du sexe masculin.

**Tableau X: Répartition des personnes handicapées en fonction du lien avec la famille**

<b>Lien avec la famille</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Grand parent	69	16 %
<b>Parent</b>	<b>159</b>	<b>36,9 %</b>
Enfant	140	32,5 %
Petit enfant	38	8,8 %
Autre	25	5,8 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les enquêtées, 36,9% étaient les parents handicapés.

**Tableau XI : Répartition des personnes handicapées en fonction du statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	127	29,5 %
<b>Marié(e)</b>	<b>168</b>	<b>39,0 %</b>
Divorcé(e)	39	9,0 %
Veuve	66	15,3 %
Abandonné(e)	31	7,2 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les enquêtés, 39% étaient mariés, suivis des célibataires avec 29,5% et divorcé(e) 9,0 %.



**Tableau XII : Répartition des personnes handicapées en fonction du niveau d'instruction**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Primaire	110	25,5 %
Secondaire	60	13,9 %
Supérieur	28	6,5 %
<b>Sans instruction</b>	<b>139</b>	<b>32,3 %</b>
Alphabétisé(e)	71	16,5 %
Autre	23	5,3 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les personnes handicapées, 32,3% étaient sans instruction, suivis de primaire avec 25,5% puis secondaire avec 13,9% et supérieur avec 6,5%.

**Tableau XIII: Répartition des personnes handicapées en fonction de la profession**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Élève/étudiant(e)	35	8,1 %
Commerçant(e)	42	9,7 %
Artisan	46	10,7 %
Ouvrier	67	15,3 %
Retraité	13	3,0 %
<b>Ménagère</b>	<b>79</b>	<b>18,3 %</b>
Cultivateur	18	4,2 %
Enseignant	13	3,0 %
Marabout	11	2,6 %
Mendiant	9	2,1 %
Griot	8	1,9 %
Médecin	7	1,6 %
Pharmacien	10	2,3 %
Autres	21	4,9 %
Sans emploi	52	12,1 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les enquêtées, les ménagères étaient les plus représentées avec 18,3% suivis des ouvriers avec 13,2%.

Autres : chauffeur, libraire, vendeur etc...

## 5.2. Types d'handicap :

**Tableau XIV: Répartition des personnes handicapées en fonction des types d'handicap**

Type d'handicap	Fréquence	Pourcentage
Physique / moteur	<b>195</b>	<b>45,2 %</b>
Visuel	70	16,2 %
Auditive	57	13,2 %
Mental	61	14,2 %
Polyhandicap	48	11,1 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les enquêtées, le handicap physique était la plus fréquent avec 45,2%.

**Tableau XV: Répartition des types d'handicap en fonction des tranches d'âges.**

Tranches d'âge	Type d'handicap									
	Physique/Moteur		Visuel		Auditif		Mental		Polyhandicap	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
<b>0-5 ans</b>	13	6,7	3	4,3	4	7	6	9,8	2	4,2
<b>6-16 ans</b>	29	14,9	10	14,3	5	8,8	4	6,6	8	16,7
<b>17-27 ans</b>	<b>43</b>	<b>22,1</b>	11	15,7	<b>16</b>	<b>28,1</b>	10	16,4	<b>15</b>	<b>31,3</b>
<b>28-38 ans</b>	<b>40</b>	<b>20,5</b>	10	14,3	4	7	7	11,5	4	8,3
<b>39-49 ans</b>	31	15,9	<b>16</b>	<b>22,9</b>	9	15,8	6	9,8	9	18,8
<b>50- 60 ans</b>	20	10,3	10	14,3	9	15,8	5	8,2	5	10,4
<b>&gt; 60 ans</b>	19	9,7	10	14,3	10	17,5	<b>23</b>	<b>37,7</b>	5	10,4
<b>Total</b>	<b>195</b>		<b>70</b>		<b>57</b>		<b>61</b>		<b>48</b>	

Dans notre étude il ressort que c'est le handicap physique qui est la plus fréquente avec 22,1% et pour la tranche d'âge de 17 à 27 ans

**Tableau XVI : Répartition des handicapés en fonction de la cause du handicap**

<b>Causes du handicap</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Naissance	81	18,8 %
Accidents	96	22,3 %
<b>Maladie</b>	<b>159</b>	<b>36,9 %</b>
Sorcellerie	29	6,7 %
Autres	66	15,3 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les causes des handicaps, 36,9% étaient liés à la maladie, puis 22,3% liés à l'accident.

Autre (djinnns, surnaturelle etc.)

### **5.3 Prise en charge des personnes handicapées :**

**Tableau XVII : Répartition des personnes handicapées en fonction de leur contact avec une structure de prise en charge**

<b>Contact avec structure de prise en charge</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	123	29,4 %
<b>Non</b>	<b>296</b>	<b>70,6 %</b>
<b>Total</b>	<b>419</b>	<b>100</b>

Parmi les enquêtées, 70,6% n'ont pas eu de contact avec les structures de prise en charge.

**Tableau XVIII : Répartition des personnes handicapées en fonction des structures de PEC connues et contactées.**

<b>Si contact lesquelles</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Association des PH	14	11,4 %
AMALDEME.	6	4,9 %
CNAM	3	2,4 %
Emploi intégration des PH pour le développement	3	2,4 %
Fondation Salif Keita	3	2,4 %
Fondation Salif Keita et Fédération locale des associations des PH	6	4,9 %
L'hôpital Gabriel Touré	54	44%
IOTA	15	12,2 %
Service social	11	8,9 %
Fédération locale des associations PH	8	6,5 %
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

La fréquence la plus élevée parmi les structures de PEC connues et contactées est celle de l'HOPITAL GABRIEL TOURE avec 44%

**Tableau XIX: Répartition des personnes handicapées en fonction de la raison de leur non contact avec une structure de PEC**

<b>Pourquoi non contact avec les structures de PEC</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ignorance</b>	<b>75</b>	<b>25,3 %</b>
Insécurité	7	2,4 %
Voyage	4	1,4 %
Méfiance	6	2,0 %
Pas de moyen	57	19,3 %
Pas de temps	4	1,4 %
Pas nécessaire	62	20,9 %
Rien	4	1,4 %
Traitement traditionnel	59	19,9 %
Résidence au village	5	1,7 %
Trop tard	13	4,4 %
<b>Total</b>	<b>296</b>	<b>100 %</b>

Parmi les enquêtées qui n'ont pas été en contact avec les structures de PEC, 25,3% évoquaient l'ignorance de ses structures

**Tableau XX: Répartition des personnes handicapées en fonction de la solution apportée par le contact.**

<b>Solution apportée par le contact</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Amputation	5	4,1 %
Réception de matériel et traitement	20	16,3 %
Prothèses	7	5,7 %
Lutter pour nos droits	4	3,3 %
Offre d'emploi	4	3,3 %
<b>Peu d'amélioration</b>	<b>21</b>	<b>17,1 %</b>
Plâtre	5	4,1 %
Proposer une opération chirurgicale	4	3,3 %
Rééducation	6	4,9 %
Réinsertion socioéconomique	6	4,9 %
Rien (pas de solution)	19	15,4 %
Assurer une PEC adéquate	19	15,4 %
Verres corrigés	3	2,4 %
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100 %</b>

Parmi les solutions apportées par les structures de PEC, 17,1% avaient apporté peu d'amélioration.

**Tableau XXI : Répartition des handicapés en fonction des difficultés qu'ils ont rencontrés lors de la prise en charge**

<b>Difficultés de prise en charge</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Déplacement difficile	18	11,0 %
<b>Dépenses</b>	<b>71</b>	<b>43,3 %</b>
Promesse non tenu	14	8,5 %
Pas de difficultés	26	15,9 %
Traitement sans succès	35	21,3 %
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100 %</b>

Parmi les difficultés évoquées par les enquêtées, 34,8% se plaignent des dépenses.



**Tableau XXII : Répartition des handicapés en fonction de leurs souhaits**

<b>Souhaits pour les PH</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Aide de soin	47	10,9 %
Partir à l'école et bénéficier de leurs autonomies	9	2,1 %
Réadaptation socioéconomique des PH	20	4,6 %
<b>Aide financière</b>	<b>92</b>	<b>21,3 %</b>
Aide financière et matériel	21	4,9 %
PEC adéquate et adaptée	19	4,4 %
Donner nos droits et aide financière	25	5,8 %
Information sur les structures de PEC	8	1,9 %
Offre d'emploi	60	13,9 %
Aide financière à la PEC	43	10,0 %
Protection	34	7,9 %
Réinsertion socioéconomique	23	5,3 %
Rémission totale	9	2,1 %
PEC technique et fonctionnelle	21	4,9 %
<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>100 %</b>

Parmi les enquêtés, 21,3% veulent une aide financière.

# DISCUSSIONS

## **VI. Discussions :**

### **-Caractéristiques socio démographiques des personnes handicapées enquêtés :**

**L'âge :** Dans notre échantillon, 22,0% des personnes handicapées avaient un âge compris entre 17-27ans. L'âge minimal est de 2 ans et maximal à > 60 ans. Ces résultats sont différents à ceux du Tchad où la prévalence chez les enfants de 0 à 4 ans est faible avec 1,6% et augmente lentement pour atteindre 5,2% à 25-49ans [3]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête a concerné toutes leurs populations.

### **Lien de la famille :**

Dans notre étude, on a remarqué que 36,9% étaient les parents handicapés de la famille suivis des enfants handicapés qui représentaient 32,5% des ménages ce qui a favorisé la pauvreté du pays (la mendicité, chômage etc. ...), vus que ces catégories sociales sont les plus actives dans la société.

Ce résultat est inférieur à ceux de la commune VI où les parents handicapés de la famille représentaient 63,8% EN 2013 [12]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la commune VI est plus peuplée que le quartier de Banconi.

### **Instruction :**

Dans notre étude, les personnes handicapées sans instruction représentaient 32,3% et celles au niveau supérieur étaient inférieures avec 6,5%. De même que dans les pays où les taux de scolarisation sont élevés en école primaire et supérieur, en Europe de l'Est par exemple, de nombreuses personnes handicapées ne vont pas à l'école ou n'atteignent pas le niveau supérieur ; dues aux attitudes négatives comme les croyances et les préjugés qui créent des barrières à l'éducation [1].

### **Le profil épidémiologique et la prévalence des personnes handicapées à Banconi**

#### **La fréquence :**

La fréquence du handicap : Au cours de notre étude, la fréquence était de 3,85%

dans le quartier Banconi, inférieur à l'estimation de l'OMS qui est de 15% pour toute la population mondiale et supérieur à ceux de Burkina Faso où la prévalence est de 1,2% soit une population totale de 14017262 habitants. Ce résultat est inférieur à celui de Coulibaly D qui rapportait 8,1% [12]. Cela pourra s'expliquer par le fait que la commune VI est plus vaste que le quartier Banconi.

### **Le sexe ratio :**

La fréquence des hommes handicapés est supérieure à celle des femmes handicapées avec un sexe ratio égal à  $217/214=1,01$ . Ces résultats sont les mêmes à ceux obtenus par Haidara H selon les études menées par les associations des personnes handicapées ont permis d'établir qu'il y'a plus de hommes handicapés :52,6% supérieur à celui des femmes handicapées qui est de 47,3% dans la commune I. Cela pourra s'expliquer par un nombre plus élevé d'accident, de traumatisme et toxicomanie chez les hommes.

### **Le type d'handicaps :**

Au cours de notre étude la déficience physique était clairement prédominante avec 45,2% suivie des déficiences visuelles avec 16,2%, mentales avec 14,2% puis la déficience auditive représente 13,2% et l'albinisme est de 11,1%.

Nos résultats sont les mêmes que ceux obtenus par Coulibaly D dans la commune VI où le handicap physique était plus fréquent avec une prévalence de 44,1%, a révélé une enquête communautaire des enfants handicapés de 0-17 ans, par contre inférieur à ceux obtenus des déficiences visuelles et mentales de Coulibaly D avec 20,6% [12].

### **La cause :**

Dans notre étude les handicaps liés à la maladie étaient les plus représentés avec 36,9% suivi de ceux liés à des accidents étaient de 22,3% puis pour la naissance 18,8% et pour la sorcellerie 6,7%. Nos résultats sont différents de ceux de Tchad 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 et 2% des traumatismes d'accouchement. Cela pourra s'expliquer par le fait que notre étude a concerné les personnes handicapées dont la population est pauvre et que ça concerne tous types du handicap dans le quartier Banconi contrairement à ceux de Tchad où l'étude a concerné la population générale [3].

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

Connaissance par rapport à la structure de prise en charge : pendant notre étude, 70,6% n'ont pas contacté 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 ignore leur existence.

### **Les raisons du non contact :**

Parmi les enquêtées qui n'ont pas été en contact avec les structures de prise en charge, 25,3% évoquaient l'ignorance des structures de prise en charge due à l'insuffisance d'information sur ces structures de prise en charge, pas nécessaire vient en 2<sup>ème</sup> position avec 20,9% ensuite le traitement traditionnel avec 19,9%. Parfois le diagnostic des problèmes de handicap prend du temps et font que les personnes handicapées pensent que ce n'est pas nécessaire ou bien elles préfèrent les traitements traditionnels parfois aussi la manque de moyen font qu'elles ne vont pas pour le traitement médical.

### **Les solutions apportées par les structures de prise en charge :**

Parmi les solutions proposées par les structures 17,1% avaient apporté peu d'amélioration et 16,3% ont proposé un don de matériel et de traitement. A ce niveau nous déduisons que les solutions sont en fonction des types de handicaps.

### **Les perspectives d'avenir :**

Parmi les enquêtes 21,3% des personnes handicapées souhaitent une aide financière et une offre d'emploi. Pour certains, une prise en charge adaptée et adéquate.

# CONCLUSION

## **VII. Conclusion :**

Enfin d'étudier les caractéristiques des personnes handicapées et leur prise en charge dans le quartier de Banconi, nous avons réalisé une étude transversale qui a concerné 431 enquêtées.

La majorité des handicaps était physique et la cause la plus retenue était la maladie suivie par les accidents notamment les accidents de la route et les accidents survenant au cours des soins.

On a noté que plus de la moitié des personnes handicapées ne connaissaient pas les structures de prise en charge et évoquait comme raison l'ignorance 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 l'hôpital Gabriel Toure est en tête de liste.

Les dépenses et le traitement sans succès étaient la principale difficulté rencontrée par les personnes handicapées.

Une aide financière et une offre d'emploi étaient les principaux souhaits des personnes handicapées

Le handicap peut concerner n'importe qui et quand, 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.

# RECOMMANDATIONS



## **VIII. Recommandations :**

Au terme de ce travail, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement :

### **1. Au Ministère de la Santé et à l'Action Sociale :**

- 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 personnes handicapées.

### **2. Aux structures de prises en charge :**

- Informers 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.

### **3. Aux personnels socio-sanitaires :**

- Informers 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 :

### **4. Aux responsables des institutions spécialisées :**

- Faire des activités d'IEC pour que la population connaisse le handicap, leurs structures, et accepter de les fréquenter pour la prise en charge efficace.
- Chercher les voies et moyens pour la prise en charge des cas d'indigences

### **5. A la population :**

- Respecter les personnes handicapées et accepter leur intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres.

# REFERENCES

## IX. REFERENCES :

- 1- Organisation mondiale de la sante, Banque mondiale. Projet de plan mondial relatif aux handicaps 2014-2021.
- 2-Ministère de la santé. Mali. Plan stratégique national de prévention et de lutte contre la cécité 2006-2010.
- 3- Enquête Démographique et de la Santé du Tchad 2014(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. Handicap 2004 ; <http://www.Measuredhs.com/pubs/pdf/FR170/08>.
- 4- 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.
- 5- 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.
- 6- 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.
7. De Diderot à Pierre Larousse : un paysage lexicographique prémonitoire *in Les dictionnaires Larousse*, Presses de l'Université de Montréal, 2005.
8. 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.
9. Valery Ridde, Thomas Druetz. La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle. La santé communautaire dans tous ses états, 2016. fahal-01673601f .

10. Bourhis, C, Chantraine, A, Ferron C, Garreau C, Joanny R, Landuren M, et al. L'éducation pour la santé et la promotion de la santé au service des acteurs de terrain, des élus et des décideurs, avril 2009.

11. Haidara H. Problématique de l'insertion socio-économique des personnes handicapées.

12. Coulibaly D. Etude de la prévalence du handicap et prise en charge des personnes handicapées dans la commune VI du District de Bamako

### **Bibliographies**

Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. H. Bourdessol (dir.) et S. Pin (dir.). Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile – Référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis : Editions INPES, mai 2005 ;

Organisation mondiale de la Santé. *Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé*, Genève, 2016 (WHA A69/17).

Résolution AFR/RC63/R1 intitulée *Vieillesse en bonne santé dans la Région africaine : analyse de situation et perspectives*. Dans Rapport final de la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo, 2-6 septembre 2013.

Organisation mondiale de la Santé, *Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé*. Genève, 2014 (WHA, A67/23).

Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Situation analysis on ageing and health in the African Region*. Brazzaville, 2014.

Organisation mondiale de la Santé. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Genève, 2006.

Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève, 2015, p. 43.

# ANNEXES

## **X. ANNEXE**

### **FICHE D'ENQUETE :**

Numéro du questionnaire :

District de Bamako :

Commune I :

Quartier : **BANCONI**

Date de l'enquête : ..... / ..... / .....

### **I. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES HANDICAPEES**

- **Noms et prénom de la PH** : .....

- **Résidence** : .....

- **Age** / ..... /

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

- **lien avec la famille** : .....

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

- **Statut matrimonial** :

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

- **Niveau d'instruction** :

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

- autre à préciser : .....

- **Profession** :

Élève /.../ étudiant /.../ commerçant /.../ artisan /.../ ouvrier /.../ retraité /.../

ménagère /.../ cultivateur /.../ tailleur /.../ enseignant /.../ maçon /.../ marabout

/.../ coiffeur /.../ artiste /.../ mendiant /.../ griot /.../ médecin /.../ pharmacien /.../

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-Auditif :**

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**.....

.....

.....

.....

**Guide d'entretien avec les personnes handicapées sur leur 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 ?  
.....  
.....

**CHRONOGRAMMES :**

**Diagramme de Gents :**

ACTIVITES	JANVIER	FEBRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
Introduction												
Objectifs												
Méthodologie												
Références												
Annexe												

## **Fiche signalétique**

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Koumbouna

**Titre :** Handicap et prise en charge des personnes handicapées dans le quartier de Banconi

**Ville :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

**Secteur d'intérêt :** Santé publique

### **Résumé**

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.

Nous avons fait une étude transversale du 23 Novembre 2019 au 31 Avril 2020 dans le quartier de Banconi. Nous avons eu une prévalence de 3,85% de tout type de personnes handicapées a Banconi dont les tranches d'âge les plus représentées étaient comprises entre 17-27 ans avec 22% de personnes handicapées. Le handicap majoritaire était physique avec 45,2% et la cause la plus fréquente était la maladie avec 36,9%. Parmi les personnes handicapées, 70,6% n'ont pas en un contact et 29,4% ont en un contact avec les structures de pris en charge dont la structure de prise en charge la plus fréquentée était l'hôpital Gabriel Touré avec 44% .

**Mots clés :** Handicap, prise en charge, personnes handicapées.

## **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'honoraire. 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 !**