



**Université Joseph KI-ZERBO**

**Institut Supérieur des Sciences de la population**

*Master recherche en sciences de la population*

**Accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les personnes vivant avec un handicap au Burkina Faso**

Juin 2022

**Présentation de : COMPAORE O. M. CAROLE**

**Enseignante : Dr Nathalie SAWADOGO**

## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	3
Chapitre 1 : Contexte du Burkina Faso.....	3
1.1 Présentation du pays (situation géographique, répartition de la population,... : utiliser les résultats préliminaires de 2019).....	3
1.2 Caractéristique socio-démographique et économique des personnes vivants avec un handicap ..	3
1.2.1 Caractéristique socio-démographique des personnes vivants avec un handicap.....	3
1.2.2 Caractéristique économique des personnes vivant avec un handicap .....	4
1.3 Caractéristique des personnes vivants avec un handicap selon le Type de handicap .....	5
1.4 Politiques en matière d'accès aux services de santé chez les personnes vivantes avec un handicap et Organisation des services de santé aux Burkina Faso .....	5
Chapitre 2 : Cadre théorique.....	7
2.1 Revue de la littérature.....	8
2.1.1 Description du handicap .....	8
2.1.2 Facteurs influençant l'accès aux services de santé chez les personnes vivant avec un handicap.....	9
2.1.3 Mesure de l'accès aux services de santé.....	9
2.2 Problématique de l'accès aux services de santé des personnes vivant avec un handicap .....	10
Questions de recherches .....	11
Objectifs de recherche .....	11
2.3 Cadre conceptuel.....	12
2.3.1 Hypothèse de recherche .....	12
2.3.2 Définition des concepts.....	12
2.3.3 Dimension de l'accès aux services de santé.....	13
Chapitre 3 : Approche méthodologique.....	14
3.1 Source de donnée et méthode de collecte de l'EMC 2014.....	14
3.2 Source de donnée et méthodes de collecte de l'EHCVM 2018.....	15
3.3 Description de la méthode d'analyse quantitative et qualitative .....	16
3.3.1 Volet quantitatif .....	17
3.3.2 Volet qualitatif .....	17
Bibliographie.....	19

## Introduction

### Chapitre 1 : Contexte du Burkina Faso

1.1 Présentation du pays (situation géographique, répartition de la population, ect. : utiliser les résultats préliminaires de 2019)

1.2 Caractéristique socio-démographique et économique des personnes vivants avec un handicap

1.2.1 Caractéristique socio-démographique des personnes vivants avec un handicap

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitation mené en 2006, 1,2% de la population vit avec un handicap au Burkina Faso soit 168 097 personnes dont 52,7% sont des hommes et 47,3% sont des femmes, Ces personnes sont inégalement réparties sur le territoire Burkinabé. En effet, plus de 80% des personnes vivant avec un handicap se trouvent en milieu rural, et 19,4% en centre urbain (ZONGO, BOLY, & TOUGMA, 2009). Voir par région (voir le rapport EHCVM)

En ce qui concerne le statut matrimoniale, 46,9% des personnes vivant avec un handicap en âge de se marier se sont mariés, 27,5% étaient toujours célibataire, 19% étaient veuf/veuve, 2,6% étaient divorcé et seulement 0,6 étaient divorcées (ZONGO, BOLY, & TOUGMA, 2009). Comparé à l'ensemble de la population, les personnes vivant avec un handicap et qui sont célibataire sont moins nombreux. Cependant, on enregistre plus de veufs/veuves chez les handicapés qu'au sein même de l'ensemble de la population (5,4%).

Pour ce qui est de l'éducation, malgré les efforts déployés pour améliorer les droits à l'éducation, à la santé, à l'emploi et aux services publics, les personnes handicapées au Burkina Faso continuent d'être confrontées à des désavantages disproportionnés par rapport au reste de la population. Ainsi, pour ce qui est de l'école non formelle,

seulement 12,5 % des personnes vivant avec un handicap savent lire et écrire contre 87,5 % qui ne savent ni lire ni écrire (ZONGO et al., 2009). En ce qui concerne l'école formelle, seulement 12,7% ont fréquenté dont 8,5% au primaire, 2,5% au post primaire, 1% au secondaire et 0,7% au supérieur (*ibid.*). ces chiffres s'expliquent par le fait que les personnes vivant avec un handicap ont un faible accès aux structures éducatives et ceux qui y arrivent à accéder, passent peu de temps à l'école. Kobiané en 2010 le confirme quand il affirme que un enfant vivant avec un handicap passe en moyenne 3,6 ans à l'école alors que celui sans handicapé passe 6,2 ans (Kobiané,2010). De plus, « Education For All » (EFA) rapporte qu'au Burkina Faso, le fait d'avoir un handicap multiplie par deux et demi le risque que les enfants ne soient pas scolarisés (Unesco, 2010).

### 1.2.2 Caractéristique économique des personnes vivant avec un handicap

Les personnes vivant avec un handicap sont moins susceptibles d'avoir un emploi et de suivre des études connaissant des niveaux de pauvreté plus élevés, exacerbant leurs barrières financières aux soins de santé et autres services de base (Frohmader & Ortoleva, 2014; OMS, 2011). En effet, 43,5% des personnes vivant avec un handicap sont occupées contre 40,8% qui se sont déclarées inactives (ZONGO et al.,2009). En 2016, 56,5% des personnes handicapées étaient sans emploi (Handicap International, 2016). Cette proportion est nettement plus faible que celles observées au niveau de l'ensemble du pays qui est de 59,1% (ZONGO et al., 2009). Cela montre clairement que les personnes vivant avec un handicap ont moins de chance de trouver un emploi comparativement aux personnes sans handicap.

Concernant la situation dans l'occupation, les personnes vivant avec handicap travaillant à leur propre compte constituent la plus forte proportion des personnes actives (48,1%) ensuite les aides familiaux (42,5%). Les salariés employés ne représentent que 3,6% et les employeurs, 0,6% de l'effectif de la population des personnes vivant avec un handicap.

En ce qui concerne les branches d'activités, les activités de fabrication est la branche d'activité qui occupe le plus la population handicapée de l'ensemble du pays (10%),

puis des « *activités de ménage en tant qu'employeur de personnel domestique* » (ZONGO et al., 2009) qui occupe 9,3% des handicapés. Les secteurs de l'immobilier, de la location et des services aux entreprises sont les moins investis par les personnes vivant avec un handicap (0,1%).

### 1.3 Caractéristique des personnes vivants avec un handicap selon le Type de handicap

En considérant le type de handicap, 31,7% ont un handicap physique ou moteur dont 23,4% sont handicapés du membre inférieur et 8,3% handicapés du membre supérieur. 17,5% ont une déficience visuelle, 14,9% ont une déficience mentale et 12,2% une déficience auditive

En considérant la nature du handicap, ce sont les personnes aveugles et sourdes et /ou muettes qui ont les taux d'alphabétisation les plus faibles. En effet sur 100 personnes aveugle et 100 personnes sourdes et /ou muettes a peine 4 et 3 respectivement ont été alphabétisée.

### 1.4 Politiques en matière d'accès aux services de santé chez les personnes vivantes avec un handicap et Organisation des services de santé aux Burkina Faso

- ❖ Politiques en matière d'accès aux services de santé chez les personnes vivantes avec un handicap

L'accès des services de santé aux personnes handicapées est pris en compte par le décret no 2012-828/PRES/PM/MASSN/MEF/MS/MENA/MESS du 22 octobre 2012 portant mesures sociales en faveur des personnes handicapées en matière de santé et d'éducation en son article 2 qui stipule que toute personne handicapée déclarée indigente bénéficie sur présentation de la carte d'invalidité de la gratuité totale :

- Des frais de consultation, de soins, d'examen médicaux et d'hospitalisation dans les centres sanitaires de l'État et des communes ;

- Des frais d'appareillage orthopédiques, de fauteuils roulants, de tricycles simples, de prothèses auditives ou visuelles, de cannes blanches et du matériel didactique braille.

Aussi, l'article 3 du même décret énonce que toute personne handicapée et non déclarée indigente bénéficie, sur présentation de la carte d'invalidité, d'une réduction de :

- 50 % en cas d'invalidité partielle et 80 % en cas d'invalidité totale des frais de consultation, de soins, d'examen médicaux et d'hospitalisation dans les centres sanitaires de l'État et des communes ;

- 50 % des frais d'appareillage orthopédiques, de fauteuils roulants, de tricycles simples, de prothèses auditives ou visuelles, de cannes blanches et du matériel didactique braille ».

En plus de ces dispositions il y a certaines mesures générales mais qui en profite aux personnes handicapées

Aussi, le Gouvernement du Burkina Faso a adopté le décret no 2016311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des femmes enceintes et enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso y compris les femmes et les enfants handicapés.

#### ❖ Bref rappel de l'Organisation des services de santé au Burkina Faso

L'organisation du système de santé prend en compte l'organisation des services administratifs et l'organisation des services de soins. Sur le plan administratif, le système de santé du Burkina comprend trois niveaux à savoir le niveau central, intermédiaire et périphérique ; Le niveau central est composé des structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ; Le niveau

intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé ; Et le niveau périphérique qui est constitué de 70 districts sanitaires. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle du système national de santé.

L'offre des soins est assurée par les structures publiques et privées. Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le premier niveau comprend deux échelons : le premier échelon de soins est composé de Centres médicaux (CM), de Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), de dispensaires et maternités isolés. Le deuxième échelon de soins est le centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il est le centre de référence des formations sanitaires du premier échelon du district.

Le deuxième niveau de soins est représenté par le centre hospitalier régional (CHR) qui sert de référence pour les CMA.

Le troisième niveau est constitué par le centre hospitalier universitaire au nombre de quatre (04) en 2015 : les centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo, Pédiatrique Charles De Gaulle, Sourou Sanou et le CHU Blaise Compaoré. Ces structures constituent le niveau de référence le plus élevé.

Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées (SSA), les infirmeries des sociétés et les services de santé de l'Office de santé des travailleurs.

En plus de ces structures, il y'a la pharmacopée, la médecine traditionnelle et la santé à base communautaire qui contribuent également à de l'offre services de santé à la population.

## SITUATION SANITAIRE DES PERSONNES EN SITUATION D'HANDICAP

Problème spécifique de SSR de personnes en situation d'handicap

### Chapitre 2 : Cadre théorique

## 2.1 Revue de la littérature

### 2.1.1 Description du handicap

Le handicap est la conséquence d'une déficience qui peut être physique, cognitive, mentale, sensorielle, émotionnelle, développementale, ou une combinaison de ces éléments et qui restreint la capacité d'une personne à participer à la vie quotidienne de la société (OMS, 2011). Ainsi défini on distingue plusieurs type d'handicap à savoir le handicap mentale, sensorielle, moteur ou physique et psychique.

- Le handicap sensoriel résulte d'une atteinte d'un ou plusieurs organes de sens notamment la vue et l'ouïe (ASH 06, 2013). Il regroupe à la fois les déficiences auditives et visuelle. La déficience auditive désigne l'altération plus ou moins sévère de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles. La déficience visuelle désigne l'altération plus ou moins prononcée du champ de vision et de l'acuité visuelle (*Ibid.*)
- Un handicap moteur recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Les causes peuvent être très variées : maladie acquise ou génétique, malformation congénitale, traumatisme dû à un accident, vieillissement) (CCA, 2015)
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales » (*Ibid.*). En effet, les personnes ayant un handicap mental présentent, sous des formes variées, une ou plusieurs déficiences dans le fonctionnement de l'intelligence, s'accompagnant le plus souvent des troubles secondaires du langage, de la



motricité, des perceptions sensorielles de la communication, du discernement (MDPH, 2022).

### 2.1.2 Facteurs influençant l'accès aux services de santé chez les personnes vivant avec un handicap

En ce qui concerne l'accès aux services de santé, le rapport de l'organisation mondiale de la santé indique que le pourcentage de personnes handicapées incapables d'accéder aux soins nécessaires est plus élevé que celui des personnes non handicapées dans chaque tranche d'âge, et plus élevé dans les pays à faible revenu par rapport aux pays à revenu élevé ((OMS) 2011). Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette incapacité d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les personnes vivant avec un handicap. Ces facteurs sont le plus souvent lié aux caractéristiques démographique, économique et socioculturel des individus ou de l'environnement familial. Ils déterminent la capacité à accéder aux services de santé.

### 2.1.3 Mesure de l'accès aux services de santé

L'accès aux services de santé a été abordé de plusieurs manière selon les objectifs de chaque étude. L'étude intitulé « Aframework for the study of access to medical care » avait pour objectif de construire un cadre théorique intégré pour l'étude de l'accès et de suggérer comment les indicateurs empiriques du concept pourraient en être dérivés. Dans cette étude, l'accès aux services de santé est assimilé aux caractéristiques de la population ou aux systèmes de prestation et des indicateurs de résultats tel que les taux d'utilisations ou les scores de satisfaction ont été utilisé pour mesurer l'accès aux services de santé. Les caractéristiques de la population qui prend en compte le revenu familial, la couverture d'assurance, l'attitudes à l'égard des soins médicaux ... (Aday & Andersen, 1974)

Un autre article a fait l'objet de la construction et de l'utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. L'objectif de cette étude est de construire un cadre théorique intégré pour l'accès et de suggérer comment les indicateurs empiriques du concept pourraient en être dérivés. Les auteurs définissent l'accessibilité comme le fait que les services soient rendus à l'endroit et au bon moment, en se fondant sur les besoins du client ou de l'utilisateur. L'accessibilité est obtenue en faisant le rapport entre la quantité de services et les indicateurs de besoins des usagers. Il faut noter que la disponibilité est souvent utilisée comme indicateur de l'accessibilité. Les auteurs supposent que si les ressources sont disponibles, alors les services sont accessibles. (ANAES, 2002)

Enfin en 2015, l'OMS a élaboré une liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base dont l'objectif est de faciliter le suivi des résultats en matière de santé aux niveaux national et mondial. Aussi cette liste avait également pour objectif de réduire le trop grand nombre et la duplication des exigences de notification et d'améliorer l'efficacité, la disponibilité et la qualité des données sur les résultats et améliorer la transparence et la redevabilité. L'accès aux services de santé est mesuré à travers le pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé. Ce pourcentage est déterminé par le quotient du nombre d'établissements des secteurs public et privé et la population totale (OMS, 2015)

## 2. 2 Problématique de l'accès aux services de santé des personnes vivant avec un handicap

De manière succincte, nous avons pu remarquer que beaucoup traite de l'accès aux services de SSR chez les personnes vivant avec un handicap en utilisant soit une étude quantitative ou une étude qualitative, en utilisant soit des jeunes ou des femmes comme population cible soit encore en utilisant des types particuliers de déficience ce qui ne permet pas de prendre en compte d'autre type de déficience qui sont parfois courante. Dans notre étude nous nous intéresseront à toutes les types d'handicap à savoir les handicapés visuelle, auditive et physique. Aussi nous prendrons en compte

toutes les personnes vivantes avec un handicap sans tenir compte de la période à laquelle est survenu le handicap. Tout ceci dans le but d'avoir une vue d'ensemble de ce que ces personnes endurent en matière d'accès au SSR mais aussi de pouvoir généraliser nos résultats à l'ensemble des personnes handicapé. Enfin nous mènerons une étude mixte afin de mieux comprendre les facteurs environnementales, individuels et économique, qui expliquent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les personnes vivant avec un handicap. Nous chercherons à comprendre comment l'attitude des prestataires de santé peut influencer l'accès aux services de SSR. Ainsi notre thème s'intitule : accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les personnes vivant avec un handicap au Burkina Faso.

La plupart des bases de données avaient déjà des questions qui demande à l'enquêter s'il avait déjà des problèmes pour accéder au centre de santé et s'il répondait par l'affirmatif, il cherchait à savoir quels sont les problèmes qu'ils rencontraient.

#### ❖ Questions de recherches

Quel est l'état des lieux en matière d'accessibilité des services de santé des personnes handicapées au Burkina Faso ?

Quels sont les facteurs qui expliquent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les personnes vivant avec un handicap au Burkina Faso ?

#### ❖ Objectifs de recherche

L'objectif générale de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs qui expliquent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les personnes vivant avec un handicap aux Burkina Faso.

De façon spécifique, il s'agira de :

1. Comparer les personnes handicapées et les personnes non handicapées en termes d'accès aux services de santé.

2. Explorer les obstacles et les facteurs favorables à l'accès aux services de santé chez les personnes vivant avec un handicap

## 2.3 Cadre conceptuel

### 2.3.1 Hypothèse de recherche

### 2.3.2 Définition des concepts

**Le Handicap** est la conséquence d'une déficience qui peut être physique, cognitive, mentale, sensorielle, émotionnelle, développementale, ou une combinaison de ces éléments et qui restreint la capacité d'une personne à participer à la vie quotidienne de la société (OMS, 2011). Elle est aussi définie comme une limitation des possibilités physique, mentale et/ou psychologique d'une personne, due à une déficience congénitale ou acquise au cours de son existence. Cette limitation des possibilités empêche la personne de maîtriser tous les aspects de son environnement et des contraintes de la vie quotidienne (KABORE, 2020).

**La santé sexuelle et reproductive** est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité (Starrs et al., 2018).

**L'accès aux services de santé** décrit l'adéquation entre patient et le système de soins de santé (Penchansky & Thomas, 1981 ; Saurman, 2016). Il est présenté comme un concept général qui résume un ensemble de dimensions spécifiques qui sont la disponibilité, l'accessibilité, l'adaptation, l'acceptabilité et l'adéquation financière entre le patient et le système de soins de santé (Penchansky & Thomas, 1981). En 2016, Saurman soutient qu'en plus de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'adéquation financière comme dimension d'accès s'ajoute également la sensibilisation. (Saurman, 2016).

### 2.3.3 Dimension de l'accès aux services de santé

Les dimensions de l'accès aux services de santé relevées de la littérature scientifique sont : la disponibilité, l'accessibilité, l'adaptation, l'accessibilité financière, l'acceptabilité et la sensibilisation.

La disponibilité fait référence à l'offre et à la demande. En effet, elle fait le lien entre le volume et le type de service existant (et les sources) et le volume et les types de besoins des clients. (Penchansky & Thomas, 1981 ; Saurman, 2016)

L'accessibilité géographique c'est le rapprochement entre l'emplacement des services de santé (offre) et l'emplacement des clients (demande), elle fait référence à la localisation. Ainsi on peut dire qu'un service accessible est un service qui se trouve à proximité raisonnable du consommateur en termes de temps et de distance. (Penchansky & Thomas, 1981 ; Saurman, 2016)

L'adaptation se réfère à l'organisation du service de santé. C'est l'interaction entre la manière dont les ressources de l'offre sont organisées pour accepter les clients et la capacité des clients à s'adapter à ces facteurs et la perception des clients de leur pertinence. En effet, un service adéquat doit donc être bien organisé pour accepter les clients et les clients capables d'utiliser les services. (Les heures d'ouvertures (services en dehors des heures d'ouvertures), les systèmes d'orientation et les structures des installations (accès aux fauteuils roulants) (Penchansky & Thomas, 1981 ; Saurman, 2016).

L'accessibilité financière ou l'abordabilité désigne le lien qui existe entre le prix des services et les exigences des prestataires en matière d'assurance ou de déposition, d'une part, et le revenu des clients, leur capacité de paiement et l'assurance maladie existante, d'autre part. (Penchansky & Thomas, 1981) Autrement dit, elle se rapporte aux coûts financiers et aux frais accessoires. Ainsi les services abordables examinent les coûts directs tant pour le prestataire de services que pour le consommateur. (Saurman, 2016)

L'acceptabilité fait référence à la perception des consommateurs. C'est le lien qui existe entre les attitudes des clients concernant les caractéristiques et les pratiques des prestataires existants, ainsi que les attitudes des prestataires concernant les caractéristiques personnelles acceptable. Les caractéristiques personnelles font référence à l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le type d'établissement le quartier de l'établissement ou l'affiliation religieuse de l'établissement ou du prestataire. Un service acceptable répond à l'attitudes du prestataire et du consommateur concernant les caractéristiques du service et les préoccupations sociales et culturelles (Penchansky & Thomas, 1981 ; Saurman, 2016)

La sensibilisation se réfère à la communication et à l'information. Ainsi un service maintient la sensibilisation grâce à des stratégies de communication et d'information efficaces avec les utilisateurs concernés en tenant compte du contexte et de la culture sanitaire. (Saurman, 2016)

## Chapitre 3 : Approche méthodologique

### 3.1 Source de donnée et méthode de collecte de l'EMC 2014

L'enquête multisectorielle continue (EMC) du Burkina Faso a été réalisée en 2014 par l'institut national de la statistique et de la démographie (INSD) en collaboration avec l'ensemble du système statistique national (SSN). L'objectif de cette enquête était de mettre à la disposition du gouvernement et de ses partenaires des données actuelles pour le suivi de la politique de développement et des différentes politiques nationales et sectorielles. Elle est divisée en plusieurs modules dont celui de la santé qui a traité des questions d'accessibilité et de fréquentation des services la santé, la morbidité et les maladies qui en sont les causes, l'utilisation des moustiquaires de même que la consommation du tabac et cigarettes avec ses conséquences sur la santé et la santé de la reproduction. Le questionnaire du module « Santé » a été administré au troisième passage qui couvre la période de juillet à septembre 2014. Il a concerné l'ensemble des

10 800 ménages de l'échantillon. Au totale 2165 personnes vivant avec un handicap ont pris part à l'enquête.

La technique d'échantillonnage utilisée est une stratification en deux étapes. Dans la première étape, les unités primaires ou zones de dénombrement (ZD) ont été tirées selon une probabilité proportionnelle au nombre de ménages recensés dans la ZD. Un effectif de 905 zones d'énumération a été tiré à cette occasion. Dans la deuxième étape, 12 ménages ont été tirés au sort selon une probabilité égale dans chacune des zones de dénombrement.

Plusieurs variables ont été collectées dans le module santé cependant, nous allons juste présenter celle qui peuvent nous permettra de construire la variable accès aux services de santé /sexuelle et reproductive et la variable accès aux services de santé de santé de manière générale.

Plusieurs variable traite de l'accès aux services de santé, les variables suivantes sont : S01 A : A-t-il eu un problème de santé, maladie ou un accident au cours des quinze derniers jours ? S05 : A-t-il consulté la première fois pour cet épisode de maladie ? S09 : A-t-il été satisfait du service fourni lors de cette consultation ? S11 : Quelle est la distance qui sépare le domicile au lieu de cette première consultation ?

### 3.2 Source de donnée et méthodes de collecte de l'EHCVM 2018

L'EHCVM est divisée en plusieurs module dont le module santé. Le module santé permet de présenter l'état de santé de la population en 2018, d'analyser la fréquentation des formations sanitaires, les difficultés d'accès et le niveau de satisfaction des usagers de services de santé. Le champ géographique de l'EHCVM est le territoire national burkinabè. Le niveau de représentativité des données collectées concerne les milieux de résidence (urbain et rural) et les 13 régions administratives du pays. L'échantillonnage est basé sur un sondage par grappe stratifié à deux degrés. Au premier degré, 585 zones de dénombrement sont tirées avec des probabilités proportionnelles à la taille en population issue de la cartographie du Recensement Générale de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006. Toutes les grappes retenues

ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au second degré, un échantillon de 12 ménages est tiré à probabilité égale et de façon systématique dans chacune des zones de dénombrement. Au totale 7020 ménages ont été prise en compte répartie dans les 13 régions. Il ressort que 8.4% de la population vivent avec un handicap.

Pour mesurer l'accès aux services de santé, nous avons pensé que les variables suivantes seront nécessaires (3.01) A-t-il eu un problème de santé, maladie ou un accident au cours des 30 derniers jours qui n'a pas entraîné une hospitalisation, (3.02) quel a été le principal problème de santé que [NOM] a eu, (3.03) Est-ce que ce problème de santé a empêché [Nom] de mener ses activités quotidiennes normales, (3.04) pendant combien de temps le problème de santé a-t-il empêché [Nom] de mener ses activités quotidiennes normales, (3.05) A-t-il consulté dans un service de santé (y compris pharmacie), ou un guérisseur traditionnel au cours des 30 derniers jours du fait de ce problème de santé ? (3.07) Où a-t-il été consulté la première fois pour cet épisode de maladie ? (3.08) Qui a-t-il consulté la première fois pour cet épisode de maladie ? (3.09) A-t-il été satisfait du service reçu lors de cette première consultation ? (3.11) Quelle est la distance qui sépare le domicile du lieu de cette première consultation ?

Le handicap a été défini à l'aide des six questions. Les questions couvrent six domaines : difficultés pour voir même avec des lunettes, difficultés pour entendre même avec une aide auditive, difficultés pour marcher ou monter les escaliers, difficultés pour se rappeler ou pour se concentrer, difficulté pour accomplir des tâches comme se laver ou s'habiller et difficultés pour communiquer ou se faire comprendre dans sa langue usuelle. Les réponses possibles sont : 1 « Non aucune difficultés » 2 « Oui, un peu de difficultés » 3 « Oui, beaucoup de difficultés » 4 « Ne peut pas du tout » et 5 « Non-concerné (moins de 5 ans) ».

### 3.3 Description de la méthode d'analyse quantitative et qualitative



En considération les objectifs spécifiques de notre étude, deux méthodes d'analyses seront utilisées : l'analyse quantitative et l'analyse qualitative.

### 3.3.1 Volet quantitatif

Ainsi nous pensons recoder notre variable dépendante « accès aux services de santé » en deux modalités la modalité 0 si l'individu n'a pas accès aux services de santé et 1 si l'individu a accès aux services.

En ce qui concerne l'analyse quantitative, l'analyse univariée, bivariée, et l'analyse multivariée au travers la régression logistique binomiale sera utilisée. Pour l'analyse bivariée, je ferais recours aux statistiques de khi-deux et des mesures d'intensités pour vérifier respectivement la significativité et l'intensité des relations entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes. Ceci nous permettra d'établir le profil des individus qui ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

### 3.3.2 Volet qualitatif

Pour ce qui est de la méthode qualitative, nous cherchons à explorer les obstacles et les facteurs favorable à l'accès aux services de santé chez les personnes vivant avec un handicap.

#### 3.3.2.1 Echantillonnage, techniques et outils de collecte

Le volet qualitatif de l'étude de base se fera dans la ville de Ouagadougou. Ce choix est fait car la ville de Ouagadougou regorge le plus de personne vivant avec un handicap.

Une technique de collecte qualitative sera utilisée : des entretiens individuels approfondis. En effet les entretiens individuels représentent une situation dans laquelle un enquêteurs/enquêtrices interviewe un.e participante à la fois. L'entretien individuel semi-directif aborde des thèmes dont les principaux sont pensés à l'avance sur la base des connaissances antérieures sur le sujet. L'ordre et la forme de présentation des thèmes de l'entretien restent libres et dépendent du déroulement de l'entretien (Sifer-Rivière, 2016). Comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan

(2008), l'entretien doit être le plus possible dans le registre de la conversation, et le moins possible dans le registre du questionnaire.

L'outil qui permet de mener à bien cette technique de recherche est la grille d'entretien.

Le nombre d'entretiens sera fonction de la saturation obtenue pendant la collecte des données. Selon Lynda Sifer-Rivière (2016), la saturation renvoie à un jugement lié à l'analyse : elle est perçue à partir du moment où la collecte de données n'apporte plus rien de significatif à l'avancement de la conceptualisation du phénomène

### 3.3.2.2 Organisation de l'enquête

- ❖ Collecte des données
  
- ❖ Traitement et analyse des données

Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un magnétophone en prenant en compte le consentement éclairé des enquêtés. Ces enregistrements seront par la suite transcrits directement en français sur ordinateur à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Office Word). La transcription se fera de manière littérale et prendra en compte le langage non verbal des participant.e.s. Afin de garantir l'anonymat des répondants, des codes seront attribués aux entretiens dès la collecte des données et lors de la transcription. Les fichiers de données finalisés ne contiendront aucune information pouvant identifier les enquêté.e.s à l'étude.

Toutes les transcriptions seront analysées en utilisant une analyse thématique manuelle avec un fichier Excel ou le logiciel NVIVO. Des codes seront identifiés pour les concepts clé qui représenteront des thèmes récurrents. Ils seront ensuite organisés autour d'un cadre prédéfini d'analyse des données qualitative, pour faire ressortir les thèmes clés, ainsi que pour identifier les thèmes émergent.

## Bibliographie

- Adaptation scolaire et Scolarisation des enfants en situation d'handicap (ASH 06). (2013). [Les 6 types de handicap reconnus par la loi n°2005-102 DU 11 février 2005 (d'après la revue APAJH/n°101/MARS 2009)].
- Aday, Lu Ann & Andersen, Roland (1974). A framework for the study of access to medical care. 9(3), 208.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (2002). Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé.
- Assemblée Nationale. (2012). DECRET N° 2012-828/PRES/PM/MASSN/MEF/MS/MENA/MESS du 22 octobre 2012 portant adoption de mesures sociales en faveur des personnes handicapées en matière de santé et d'éducation. JO N° 49 DU 06 DECEMBRE 2012.
- Badu, E., Gyamfi, N., Opoku, M. P., Mprah, W. K., & Edusei, A. K. J. R. h. m. (2018). Enablers and barriers in accessing sexual and reproductive health services among visually impaired women in the Ashanti and Brong Ahafo regions of Ghana. 26(54), 51-60.
- Burke, E., Kébé, F., Flink, I., van Reeuwijk, M., & le May, A. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal. 25(50), 43-54.
- DeBeaudrap, P., Mouté, C., Pasquier, E., Mac-Seing, M., Mukangwiye, P. U., Beninguisse, G. J. I. j. o. e. r., & health, p. (2019). Disability and access to Sexual and Reproductive Health services in Cameroon: A mediation analysis of the role of socioeconomic factors. 16(3), 417.

Ebersold, Serge. (2005). *L'inclusion : du modèle médical au modèle managérial ?* (2), 43-50.

Frohman, C., & Ortoleva, S. (2014). *The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities*. Paper presented at the ICPD International Conference on Population and Development Beyond.

Glazier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *368*(9547), 1595-1607.

Handicap & inclusion (HI). (2020). *Mieux comprendre les besoins des personnes handicapées affectées par la crise dans les régions du Centre-Nord et du Sahel et les barrières d'accès à l'aide humanitaire*.

Hosseinpoor, A. R., Stewart Williams, J. A., Gautam, J., Posarac, A., Officer, A., Verdes, E., . . . Chatterji, S. J. A. j. o. p. h. (2013). Socioeconomic inequality in disability among adults: a multicountry study using the World Health Survey. *103*(7), 1278-1286.

KABORE, B. (2020). *Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages de 2018 (EHCVM-2018) -----Thème : Santé générale*. Retrieved from

Komboigo, B. (2018). *Accès aux services de santé sexuelle et reproductive des adolescentes du secteur informel de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso*. *19*(2).

Kumi-Kyereme, A., Seidu, A.-A., & Darteh, E. K. M. J. G. S. W. (2021). Factors contributing to challenges in accessing sexual and reproductive health services among young people with disabilities in Ghana. *8*(3), 189-198.

Kallianes, V., & Rubinfeld, P. J. D. S. (1997). Disabled women and reproductive rights. *12(2)*, 203-222.

KOBIANÉ, Jean-François (2010), La non-scolarisation des enfants issus de populations marginalisées au Burkina Faso : Ampleur, causes et initiatives des pouvoirs publics. Contribution au Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous 2010, Deuxième  
draft, 37 p.

Maart, S., Jelsma, J. J. D., & rehabilitation. (2014). Disability and access to health care—a community based descriptive study. *36(18)*, 1489-1493.

MacKay, D. J. S. J. I. L., & Com. (2006). The United Nations Convention on the rights of persons with disabilities. *34*, 323.

Maison Départementale des Personnes Handicapées. (MDPH). (2022). Le handicap mental. Retrieved from <https://mdph.departement06.fr/information-handicap/le-handicap-mantal-10082.html>

Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2011). World report on disability. Genève, Suisse.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015). Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base.

Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *21(1)*, 36-39.

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., . . . Roa, M. (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *391(10140)*, 2642-2692.

Sawadogo, François., & Pacmogda, Pascaline. (2014). Education inclusive et apprentissage scolaire des enfants en situation de handicap

Unesco. (2010). *Reaching the marginalized: Education for All*: Oxford University Press.

YEMTIM, A. J. D. h., handicap et changement social. (2015). Handicap féminin, risques en sexualité: approche compréhensive auprès de 32 femmes ayant des incapacités physiques et visuelles à Ouagadougou, Burkina Faso. *21(2)*, 61-73.

ZONGO, M., BOLY, D., & TOUGMA, J. G. (2009). Situation Socio-Economique des Personnes vivant avec un Handicap. *13*.

OUEDRAOGO, Dieudonné et Jeanne NYAMEOGO (2000), La population des personnes handicapées, in « Burkina Faso. Analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitation de 1996 », volume1, Ouagadougou, pp181-211.

Sifer-Rivière, L. (2016). Enquêter par entretien: se saisir du discours et de l'expérience des personnes. *Les recherches qualitatives en santé*, 85-100.

Olivier de Sardan, J. P. (2008). La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. *La rigueur du qualitatif*, 1-365.