

REPUBLIQUE DE GUINEE
Travail - Justice - Solidarité

Secrétariat d'Etat au Plan

**Fonds des Nations Unies
pour la Population**

**Direction Nationale de la Statistique
Bureau National du Recensement**

Projet Gui/94/P02

**RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET
DE L'HABITATION DE 1996**
(Décret D/95/210 PRG/SGG du 26 Juillet 1995)

LES HANDICAPES

Mariama SIDIBE
Chef Division Planification des Ressources Humaines
DNPDE-SEP

Conakry, 2000

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE I: CONTEXTE.....	11
1.1. Contexte social.....	11
1.2. Contexte économique.....	13
1.3. Caractéristiques épidémiologiques ou environnementales	15
1.4. Contexte politique.....	15
CHAPITRE II : CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES	19
2.1. Distribution spatiale.....	19
2.2. Structure par âge et sexe	22
2.3. Alphabétisation	26
2.4. Fréquentation scolaire.....	27
2.5. Instruction	28
2.6. Etat matrimonial	30
2.7. Activité économique.....	31
2.8. Secteurs et branches d'activité.....	32
2.9. Statut dans l'emploi	34
CHAPITRE III : TYPE DE HANDICAP	35
3.1. Distribution spatiale.....	35
3.2. Structure par sexe et âge	37
3.3. Caractéristiques d'éducation selon le handicap	48
3.4. Etat matrimonial selon le handicap.....	49
3.6. Activité économique selon le handicap	51
CHAPITRE IV : LA MIGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES.....	52
4.1. Migration durée de vie.....	52
4.2. Dernière migration	53

CHAPITRE V : LA FECONDITE DES FEMMES HANDICAPEES	56
5.1. Fécondité des femmes handicapées selon l'âge.....	56
5.2. Parité des femmes handicapées.....	57
CHAPITRE VI : CARACTERISTIQUES DES MENAGES DIRIGES PAR LES HANDICAPES	58
6.1. Importance numérique des ménages dirigés par les handicapés.....	58
6.2. Structure par sexe et par âge selon le milieu d'habitat	59
6.3. Taille des ménages dirigés par les handicapés.....	59
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 : Répartition (en %) des handicapés selon la région, le milieu de résidence et le sexe	19
Tableau 2.2 : Taux de handicap (%) selon le sexe, le milieu de résidence et la région	21
Tableau 2.3 : Rapports de masculinité des handicapés par région et milieu de résidence	25
Tableau 2.4 : Taux d'alphabétisme de la population des handicapés de 6 ans et plus selon le sexe et le milieu de résidence.....	27
Tableau 2.5 : Taux de scolarisation des enfants handicapés âgés de 7 à 12 ans selon le sexe et la région	28
Tableau 2.6 : Répartition des handicapés de 6 ans et plus selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence	29
Tableau 2.7 : Répartition des handicapés de 12 ans et plus selon l'état matrimonial et le milieu de résidence	31
Tableau 2.8 : Répartition de la population des handicapés de 6 et plus selon le sexe, la situation individuelle par rapport à l'activité et la région	31
Tableau 2.9 : Répartition des handicapés par branche d'activité et par sexe selon le milieu de résidence	34
Tableau 2.10: Répartition des handicapés le statut dans l'emploi et le milieu de résidence...	34
Tableau 3.1 : Répartition (en %) des handicapés selon le type de handicap et par région	36
Tableau 3.2 : Répartition (en %) des handicapés selon le sexe et la nature de handicap par région naturelle.....	37
Tableau 3.3 : Taux d'aveugles selon l'âge et le sexe (%)	43
Tableau 3.4 : Taux de déficients mentaux selon l'âge et le sexe (%)	44
Tableau 3.5 : Taux d'infirmités des membres inférieurs selon l'âge et le sexe (%)	45
Tableau 3.6 : Taux d'infirmités des membres supérieurs selon l'âge et le sexe (%)	46
Tableau 3.7 : Taux de sourds-muets selon l'âge et le sexe (%)	47
Tableau 3.8 : Taux d'autres handicaps selon l'âge et le sexe (%).....	47
Tableau 3.9 : Taux d'analphabétisme des handicapés selon le type de handicap, le sexe et le milieu de résidence	48
Tableau 3.10: Répartition (en %) de la population des handicapés âgés de 6 ans et plus selon le niveau d'instruction et le type de handicap	49
Tableau 3.11: Répartition (en %) de la population des handicapés âgés de 12 ans et plus selon	

l'état matrimonial et le type de handicap	50
Tableau 3.12: Répartition (en %) de la population des handicapés âgés de 6 ans et plus selon le type de handicap, la situation individuelle par rapport à l'activité économique et le milieu de résidence.....	51
Tableau 4.1 : Répartition des handicapés selon le lieu de résidence antérieur et le lieu de résidence actuelle.....	53
Tableau 4.2 : Répartition des handicapés selon le lieu de naissance et le lieu de résidence actuelle.....	54
Tableau 5.1 : Taux de fécondité par âge et fécondité cumulée	57
Tableau 5.2 : Parité moyenne selon l'âge et le milieu de résidence.....	57
Tableau 6.1 : Répartition des ménages dirigés par des handicapés selon le sexe du chef de ménage, la région et le milieu de résidence.....	58
Tableau 6.2 : Taux des chefs de ménages handicapés (par rapport à la population des handicapés) selon l'âge et le sexe par milieu de résidence	59
Tableau 6.3 : Répartition de la population totale et des ménages dirigés par des handicapés selon le sexe et la région.....	60

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 2.1 : Taux de handicap par région naturelle et par sexe	22
Graphique 2.2 : Pyramide des âges des personnes handicapées	23
Graphique 2.3 : Taux de handicap par groupes d'âges et par sexe	25
Graphique 3.1 : Pyramide des âges des aveugles.....	38
Graphique 3.2 : Pyramide des âges des déficients mentaux.....	39
Graphique 3.3 : Pyramide des âges des infirmes des membres inférieurs	39
Graphique 3.4 : Pyramide des âges des infirmes des membres supérieurs	40
Graphique 3.5 : Pyramide des âges des sourds-muets	41
Graphique 3.6 : Pyramide des âges des autres handicaps	42
Graphique 3.7 : Courbes des rapports de masculinité des handicapés selon le type de handicap	42

AVANT PROPOS

Le deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) a été réalisé du 1^{er} au 15 Décembre 1996 sur l'ensemble du territoire national grâce à l'appui financier du FNUAP, de l'USAID, de l'UNICEF, de la Banque Mondiale, de l'ACDI, du PNUD et du Gouvernement Guinéen.

Au cours des différentes étapes de l'exécution de cette importante opération, la Direction Nationale de la Statistique (DNS) a bénéficié de l'appui technique du Bureau Régional du FNUAP basé à Dakar, et de l'Institut de Formation et de Recherches Démographiques (IFORD) de Yaoundé.

Les résultats définitifs du RGPH de 1996 ont été publiés par arrêté du Ministre du Plan et de la Coopération, Président du Conseil National de la Statistique, en date du 15 mars 2000. Ils fournissent les effectifs globaux de la population résidente par sexe et selon les Unités Administratives (Régions, Préfectures et Sous-Préfectures) et le Milieu de Résidence.

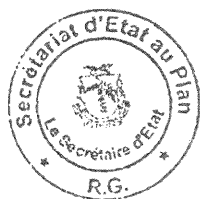
La présente publication, composée de 15 volumes fournit d'amples informations sur les principales caractéristiques socio-démographiques et économiques de la population guinéenne en 1996. Il s'agit des rapports suivants :

- Evaluation de la qualité des données ;
- Etat de la population ;
- Caractéristiques d'éducation ;
- Caractéristiques économiques ;
- Etat matrimonial et nuptialité ;
- Fécondité ;
- Mortalité ;
- Migrations en Guinée ;
- Caractéristiques des ménages ;
- Caractéristiques de l'habitation ;
- Situation des enfants en Guinée ;
- Femme guinéenne en 1996 ;
- Handicapés ;
- Situation socio-économique des personnes âgées ;
- Perspectives démographiques.

Par rapport au premier Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1983, de nouveaux sujets concernant les personnes handicapées, les personnes du troisième âge, la situation des enfants et des femmes ont été développés à la demande des utilisateurs.

L'exploitation des données du RGPH-96 a également permis de réactualiser la base de sondage issue du Recensement de 1983 et de mettre sur pied un fichier des localités.

Je remercie les autorités administratives à tous les niveaux et l'ensemble de la population guinéenne pour leur bonne collaboration durant la collecte des données. Je voudrais également au nom du Gouvernement, marquer toute mon appréciation au FNUAP et aux autres partenaires au développement impliqués dans cet important projet (USAID, UNICEF, Banque Mondiale, ACDI et PNUD) pour leur assistance financière et technique.



El Hadj Oumar KOUYATÉ
Secrétaire d'Etat au Plan

INTRODUCTION

Le développement social exige que toutes les couches sociales et tous les individus jouissent du bien-être. On constate toutefois, dans toutes les sociétés, que des groupes de personnes sont marginalisés, pour leur couleur, leur origine sociale, leur croyance ou leur état physique ou mental. C'est ce dernier groupe de personnes appelées handicapées qui est concerné par ce rapport.

En dépit de leur handicap, les handicapés sont à part entière des êtres humains aspirant au bien-être. La crise économique mondiale rend difficile la satisfaction des besoins des populations croissantes des pays en développement. Parmi ces besoins figurent une alimentation correcte, l'accès à l'éducation, aux soins de santé, à l'emploi, au logement, etc. Face à ces difficultés, une attention particulière doit être accordée aux personnes handicapées, compte tenu de leur état et de leur position sociale.

L'effort d'intégration des handicapés passe nécessairement par la connaissance statistique de cette sous-population (effectif, composition et autres caractéristiques sociales et économiques). Parmi les problèmes relatifs à la situation des handicapés auxquels est confronté le Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance, le manque de données fiables est un obstacle majeur qui entrave la mise en place des programmes d'assistance efficaces en faveur des handicapés.

S'agissant de leur nombre, l'unique source d'informations sur la situation des handicapés en Guinée jusqu'en décembre 1996 est le recensement général de la population et de l'habitat de février 1983. Il faut toutefois préciser que ce recensement ne visait pas la connaissance statistique des handicapés. C'est à travers le volet "Activité économique" du questionnaire que les handicapés ont été saisis. Le handicapé a été défini lors du recensement de 1983 comme « toute personne atteinte d'une infirmité physique ou mentale grave qui l'empêche de travailler ».

En dehors des données du recensement, des opérations localisées renseignent sur les handicapés. On peut citer parmi elles l'enquête effectuée par l'AGFRIS (Association Guinéenne pour la Formation et la Réinsertion sociale des personnes handicapées- ONG nationale) en 1991 qui ne concerne cependant que la ville de Conakry. Une autre enquête

menée en 1991 au centre neuro-psychiatrique de Donka a permis de collecter les statistiques des cas de handicaps mentaux traités au cours de la période 1986 - 1990. Une recherche sur les conditions de vie et les activités économiques des personnes handicapées, en particulier des « micro-entrepreneurs handicapés dans le secteur informel », a été réalisée simultanément au Bénin, au Burkina-Faso et en Guinée. Son but était d'obtenir une meilleure compréhension des besoins des personnes handicapées en matière de formation professionnelle et d'emploi, et des données précises sur leurs conditions de vie, ensuite de formuler une stratégie globale qui favorise leur insertion dans la vie de leur communauté; finalement, d'offrir à ceux qui œuvrent dans le domaine de la réadaptation à base communautaire des matériels et des guides pour mieux promouvoir l'intégration des personnes handicapées dans la vie active.

Le recensement de 1996 est le deuxième du genre réalisé dans le pays. Il poursuivait plusieurs objectifs. Ainsi, il devait, entre autres, contribuer à une meilleure connaissance de la population handicapée en fournissant des informations détaillées sur les "types de handicaps majeurs". La variable centrale pour la détermination des personnes handicapées est "TYPE DE HANDICAP MAJEUR". Selon la classification internationale des déficiences, incapacités, et handicaps (CIDIH) de l'OMS, "le handicap est le désavantage résultant, pour un individu, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe et des facteurs sociaux et culturels qui l'empêche d'exercer ce rôle. La déficience est toute perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. L'incapacité est toute perte ou absence due à une déficience de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude considérées comme normales pour un être humain" (manuel de l'agent recenseur).

Le champ des handicaps est donc très large, c'est pour cela que le recensement s'est intéressé à un certain nombre de grandes catégories de handicap visible qui ont été saisies à travers la variable "type de handicap majeur". Il s'agit des handicaps suivants : cécité, surdité totale, mutité, infirmité des membres supérieurs, infirmité des membres inférieurs, déficience mentale. Les autres types de handicaps ont été regroupés dans la catégorie "autres". Sur la base de cette typologie, on a pu recueillir une gamme importante d'informations qui permettront d'éclairer la situation des handicapés en Guinée.

L'analyse des données recueillies permettra de connaître les sous-groupes et les régions les plus touchés par tel ou tel handicap. Le présent rapport est subdivisé en six chapitres. Le premier chapitre est relatif au contexte socio-économique et politique ; le deuxième est consacré à l'importance numérique des handicapés ; le troisième s'intéresse à l'analyse selon le type de handicap ; le quatrième présente le statut migratoire des personnes handicapées ; le cinquième porte sur la fécondité des femmes handicapées et le dernier chapitre traite des caractéristiques des ménages dont le chef est handicapé.

Chapitre 1

CONTEXTE

1.1. CONTEXTE SOCIAL

L'un des problèmes sociaux auxquels se trouve actuellement confrontée la Guinée est celui des handicapés. En effet, si le phénomène a toujours existé, il connaît actuellement une grande acuité. L'une de ses manifestations les plus visibles est la file de mendiants aux abords des marchés, des carrefours, des mosquées et sur les places publiques. Le handicap est non seulement physique et mental, mais très souvent il est simplement lié à l'état de pauvreté. C'est dire que les déshérités sociaux se confondent souvent aux handicapés, bien que ne présentant aucune déficience physique ou mentale.

Si la couche de handicapés en Guinée présente de nos jours une image misérable, il n'en a pas toujours été ainsi. La situation actuelle des handicapés est la résultante de profondes mutations qui ont marqué la société guinéenne depuis le début du vingtième siècle. Jusqu'à cette époque, les sociétés dites traditionnelles offraient aux handicapés une enveloppe de sécurité et un cadre d'insertion sociale qui leur épargnaient l'errance quotidienne.

Dans ce contexte le handicap n'apparaissait généralement pas comme motif de rejet ou de marginalisation de l'individu. Il faut toutefois noter que l'acceptation ou le rejet d'un handicapé par son milieu social dépendait non seulement du type de handicap mais aussi de la nature de la communauté considérée. Ainsi dans certaines communautés guinéennes, lorsque certaines formes de handicap étaient particulièrement prononcées, la réaction du milieu social était le rejet pur et simple. Dans ce cas, l'enfant qui naissait avec un lourd handicap (malformation prononcée déficience mentale...) était assimilé à un esprit malveillant, incarnation du diable.

Les vieilles femmes éliminaient le nouveau né dans certaines traditions. Dans d'autres on demandait à la mère de s'en débarrasser pour ne pas en être victime. Pour que l'opération n'apparaisse pas comme un crime, certains lieux (coins de forêts, des sources, ...) réputés hantés par des esprits étaient choisis pour que la mère y dépose l'enfant. Après le départ de la

mère, ce sont les tenants de sociétés secrètes ou les forêts sacrées qui se chargeaient de la liquidation physique de l'enfant handicapé (A.OULARE, 1989).

Mais si ces pratiques ont existé dans les communautés guinéennes, elles étaient rares et ont disparu avec l'évolution. Dans la plupart des communautés, les handicapés échappaient à ce terrible sort et bénéficiaient du soutien de toute la communauté. Bien évidemment, ceux qui développaient un handicap après la naissance n'étaient pas éliminés. Chaque société s'occupait d'une façon ou d'une autre de ses handicapés, selon le type majeur.

Dans le milieu rural, les personnes handicapées, souvent incapables de pratiquer les rudes travaux agricoles, vivent du soutien familial ou de l'aumône collective, elle même rendue précaire par les aléas d'une petite production traditionnelle d'autosubsistance. La précarité des conditions de vie de ces handicapés et le mirage qu'exerce sur eux l'attrait de la ville, les poussent généralement à migrer vers les villes où souvent des mesures d'accueil ne sont pas prises.

Quelle que soit la région, les conditions de vie des personnes handicapées sont toujours très inférieures à celles des autres habitants. Elles sont plus pauvres, peu ou pas du tout scolarisées. Selon les régions ou milieux d'habitat, les soins à l'égard des handicapés sont variables. Ils ont deux ou trois fois plus de chance d'être au chômage et de vivre au dessous du seuil de pauvreté.

L'ignorance, l'abandon, la superstition et la crainte ont toujours compté parmi les facteurs sociaux qui isolent les handicapés et font obstacle à leur épanouissement. Les personnes handicapées sont confrontées à la discrimination dans tous les secteurs de la vie active, incluant le transport, le logement, les relations de couple, la vie familiale, l'assistance sociale, la participation et la représentation dans la vie politique (K. DIAKITE, 1991).

En ce qui concerne l'accès au mariage, les données du RGPH de 1983 ont montré qu'à tous les âges, les proportions de célibataires sont plus élevées parmi les handicapées. A 40 ans par exemple, il ne reste plus que 10% environ de célibataires parmi les Guinéens de sexe masculin pris dans l'ensemble. Alors que parmi les handicapées de même sexe on dénombre 46% de célibataires. Chez les femmes presque toutes prises ensemble, sont mariées avant leurs 25ème anniversaires, alors qu'il reste encore parmi les femmes handicapées 22% de

célibataires à cet âge. Ces chiffres permettent de conclure que cette sous-population a des difficultés d'intégration sociale par le biais du mariage.

S'agissant de l'analphabétisme, en 1983 95% des femmes et 80% des hommes handicapés ne savent ni lire, ni écrire dans aucune langue contre 86% de l'ensemble des femmes et 62% de l'ensemble des hommes. Ce taux élevé chez les handicapés s'explique non seulement par leur marginalisation mais aussi par le fait qu'ils vivent principalement en milieu rural. Aussi, parce que certains handicaps requièrent des conditions particulières pour l'accès à l'instruction. Parfois ces conditions ne sont pas réunies pour le handicapé et sa famille.

Les sociétés traditionnelles considèrent certaines personnes handicapées comme étant envoûtées, possédées par les démons. Alors que les religions soulignent que ces personnes portent le fardeau du péché. Ces conceptions et ces images ont un effet profond sur la manière dont la société perçoit et traite ces personnes qui restent dépendantes des ressources de leurs familles, de la communauté et du grand public pour leur survie (Oualaré, 1989).

La plupart des handicapés n'ont pas une formation pour leur prise en charge adéquate et ne disposent ni de moyens, ni d'équipements nécessaires pour leur rééducation et/ou leur réinsertion. Certains handicaps surviennent au cours de la vie active des individus suite, aux accidents de travail, autres accidents (routes, avions, morsure de serpents....) aux maladies liées au travail ou à l'environnement. L'impact de ces handicaps est assez traumatisant pour ces individus et a des conséquences graves sur leur bien être et sur l'avenir de leurs dépendants. D'où la nécessité de leur réinsertion et/ou leur prise en charge. En dépit de leur handicap, ces personnes demeurent à part entière des êtres humains qui ont le droit d'aspirer au bien être et de réclamer ce droit, au même titre que les personnes considérées comme normales.

1.2. CONTEXTE ECONOMIQUE

Il existe peu d'informations sur les conditions d'existence des handicapés en Guinée dans la vie économique actuelle, il y a une corrélation nette entre handicap et pauvreté dans la généralité des cas. Les handicapés dans leur grande majorité, ne travaillent pas même lorsqu'ils le peuvent. Les répercussions négatives de cet état de fait se traduisent par de faibles revenus des handicapés qui vivent dans des conditions précaires surtout dans les villes

où ils ne bénéficient pas de solidarité. Selon une étude effectuée en 1988 sur la mendicité (personnes pauvres et handicapées) à Conakry le revenu moyen journalier d'un mendiant varie entre 500 et 1500 francs guinéens. Ce revenu du reste très irrégulier doit leur permettre de faire face à l'alimentation, au logement, à l'habillement. La situation est encore plus grave pour des handicapés mariés et qui ont des enfants dans le sillage de la mendicité. Ainsi la plupart des handicapés aveugles en particulier ne scolarisent pas leurs enfants qui servent de guides et subissent le sort de leurs parents handicapés (C. BARRY, 1988).

En Guinée, le programme d'ajustement structurel à moyen et long termes initié depuis 1985 a permis de rétablir certains équilibres macro-économiques mais tout en provoquant d'autres déséquilibres dans l'environnement social des familles. C'est ainsi qu'un grand nombre de personnes ayant perdu leur emploi ont des difficultés de réinsertion. Par conséquent, les handicapés se trouvent non seulement défavorisés face à une concurrence rude, mais reçoivent de moins en moins de soutien à cause d'une pauvreté généralisée¹.

Le Gouvernement, la société civile, les ONG et les bailleurs de fonds fournissent des efforts importants pour améliorer les conditions de vie des handicapés. On peut citer, entre autres, les actions suivantes :

- un programme d'équipement en tricycles et fauteuils roulants pour 1000 handicapés des membres inférieurs ;
- une assistance technique et matérielle aux personnes handicapées par la formation et les stages ;
- la création d'emplois pour des personnes handicapées en broderie, teinture, coiffure (projet GUI/87/013).

En dépit de ces dispositions du reste insuffisantes, la pratique de la mendicité persiste encore pour des raisons diverses parmi lesquelles on peut mentionner :

- l'insuffisance d'infrastructure d'accueil pour les handicapés et leurs familles à la cité de solidarité ;

¹ Association guinéenne pour la formation et la réinsertion sociale des handicapés ONG nationale créée en 1986

- l'insuffisance en formation professionnelle des handicapés adultes d'une part et des centres spécialisés pour la scolarisation des débiles mentaux d'autre part.

1.3. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES OU ENVIRONNEMENTALES

Les facteurs favorisant les handicaps sont multiples, parmi eux on peut citer : les conflits armés, les accidents de travail, les accidents de la route, la consommation de la drogue, l'absence ou l'insuffisance des mesures préventives contre certaines maladies handicapantes (poliomyélite, lèpre, onchocercose, trypanosomiase, etc.), les malformations congénitales.

Les grandes endémies telles que la lèpre, la trypanosomiase, l'onchocercose, sont répandues un peu partout en Guinée particulièrement en moyenne, Haute Guinée et Guinée Forestière. La Haute Guinée est, selon le programme onchocercose basé à Kankan, la région la plus affectée par cette dernière maladie. Le taux de cécité varie entre 2 et 10%. Plusieurs villages ont dû être totalement désertés par les habitants dans l'ensemble des bassins fluviaux de la région. La moyenne Guinée et la Guinée forestière toutes deux limitrophes de la Haute Guinée et à hydrographie abondante, sont aussi des zones atteintes par l'endémie (2 à 3% de cécité). La basse Guinée serait, parmi les régions naturelles du pays, celle à faibles taux d'exposition et de prévalence actuelle.

Les activités de lutte contre la lèpre sont développées dans toutes les structures sanitaires de base du secteur public. En 1996, 3326 cas de lèpres ont été détectés par les structures sanitaires du pays dont 268 cas d'infirmités-soit une proportion de 8%.

La trypanosomiase humaine fait partie des endémies majeures qui ont sévi en Guinée depuis la période coloniale et qui semblaient être sous contrôle. Toutefois, des enquêtes effectuées en 1988 ont montré l'existence de la maladie et du vecteur dans toutes les régions du pays. Actuellement seul le centre de traitement de Dubréka est réellement opérationnel. En 1996, ce centre a enregistré 150 cas de trypanosomiase contre 29 en 1995. Le programme de lutte de contre la carence en iode se poursuit. Mais les efforts à fournir sont encore importants.

1.4. CONTEXTE POLITIQUE

Afin de répondre aux besoins des populations notamment des jeunes et des handicapés, des efforts appréciables ont été fournis par l'Etat et les associations. Depuis 1986, des changements profonds sont intervenus et les problèmes sont devenus de plus en plus complexes.

En République de Guinée, la protection et la promotion sociales sont garanties par la Loi fondamentale en ses articles 8,16,17,18, et 20. La politique nationale de protection sociale repose sur la législation nationale et sur le Programme national d'aide, d'action sociale et humanitaire.

Malgré l'importance des mesures prises, la législation de protection sociale contient de nombreuses dispositions inéquitables, qu'il s'agisse du champ d'application et des régimes sociaux ou des mécanismes d'attribution de l'assistance. C'est pourquoi le gouvernement a pris un ensemble de mesures institutionnelles en créant un Secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales à la Promotion Féminine et à l'Enfance en 1992, chargé de la mise en œuvre de sa politique en matière de promotion et de protection des femmes, des enfants et des groupes vulnérables. En 1994 ce Secrétariat a été érigé en Ministère chargé de la Promotion Féminine et de l'Enfance. La Direction Nationale des Affaires Sociales a été rattachée au Ministère de l'Emploi, par le même Décret. En 1996, cette même Direction a été ramenée au Ministère de la Promotion Féminine et de l'Enfance, par le Décret N°96/PRG/SGG/96. Au sein de cette Direction existe une section qui s'occupe des personnes handicapées.

Le gouvernement a ensuite confirmé sa volonté d'améliorer la situation de ces groupes sociaux vulnérables en adoptant les Politiques Nationales de la Promotion Féminine, de l'Enfance et de l'Action sociale. Chacune de ces politiques comporte : le diagnostic de la situation, les orientations, les objectifs et stratégies et les plans d'action.

Dans le domaine de la prévention et de la lutte contre l'onchocercose et les maladies handicapantes l'Etat a réalisé les actions suivantes :

- Le PEV/SSP/ME, selon les informations fournies par le service national de l'information statistique du Ministère de la Santé, 334 centres de santé sont fonctionnels dans le pays au 31 décembre 1997 ;

- Le programme national de lutte contre l'onchocercose a été mis en place en 1986 en collaboration avec l'OMS et divers donateurs. La surveillance et le contrôle de l'onchocercose sont menés grâce à des activités simultanées de traitement de masse gratuit à l'ivermectine et d'épandage aérien de larvicides. On a enregistré une chute de 70% de l'endémicité et de nombreux village autrefois désertés font l'objet d'un plan de peuplement.
- Le programme de lutte contre la lèpre : les activités ont été restructurées en 1987. Elle sont soutenues par l'OMS et par trois ONGs étrangères : Fondation Raoul Follereau, Ordre de Malte, Mission Philafricaine qui apportent un important appui financier et technique.
- Le programme de lutte contre la trypanosomiase a été mis en œuvre en 1972 à Dubréka. Depuis cette période jusqu'en 1996, 1027, cas de trypanosomiase ont été reçus et traités dans le centre de Dubréka.
- Le programme national de réadaptation à base communautaire en faveur des personnes handicapées en 1997.
- Le programme de lutte contre la carence en iode.(TDCI) UNICEF

D'autres structures et institutions spécialisées ont été mises en place pour l'éducation et/ou la rééducation et la formation professionnelle des handicapés, telles que l'école des sourds-muets (Boulbinet), le centre national d'orthopédie (CNO) situé au CHU Donka, la cité de solidarité (Hamdallaye), l'institut de jeunes aveugles en construction à Kankan.

En ce qui concerne la promotion des droits des personnes handicapées et de l'égalité des chances, le gouvernement a pris des dispositions de législation favorisant l'égalité des chances, ainsi il a ratifié les principaux instruments juridiques suivants :

- La convention des droits de l'homme ;
- La charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- La convention n°159 de l'O.I.T concernant la réadaptation.

En outre, la Loi Fondamentale contient deux articles (17 et 18) relatifs à la promotion et à la protection des personnes handicapées.

S'agissant des associations et ONG, avec la libéralisation des initiatives par le gouvernement, on compte à ce jour plus de seize associations de promotion des personnes handicapées créées en 1985, principalement dans les domaines de la protection , l'encadrement et la réinsertion des personnes handicapées. Leur but en général est de lutter pour l'amélioration du statut des personnes handicapées et d'aider les pouvoirs publics dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de la politique du gouvernement en faveur de la personne handicapée.

Il apparaît cependant que moins de la moitié de ces associations sont opérationnelles sur le terrain pour des causes multiples et variées. Malgré les difficultés qu'elles traversent, des résultats appréciables ont été atteints dans les domaines de l'information et de la sensibilisation, de la scolarisation et de la formation, de l'emploi et de la promotion des droits des personnes handicapées. L'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et d'autres bailleurs de fonds participent aussi activement à la mise en œuvre des projets initiés à l'intention des personnes handicapées par le Gouvernement et les ONG.

CHAPITRE 2

CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES

2. 1. DISTRIBUTION SPATIALE

Le recensement a dénombré environ 139.000 personnes présentant un handicap majeur, soit 2 % de la population résidente des ménages ordinaires. En d'autres termes, 2 guinéens sur 100 souffrent d'un handicap quelconque. On compte presque autant de femmes (50,6%) que d'hommes (49,3%) au sein de cette population handicapée. En 1983, on avait dénombré 104.815 handicapés parmi la population âgée de 10 ans et plus. Il convient cependant de mettre en évidence le poids des femmes au sein de la population (51,1%). On pourrait en déduire que les femmes sont plus touchées par les handicaps du fait des conséquences des nombreuses maternités à risque et aux activités pénibles auxquelles elles sont quotidiennement confrontées. Les hommes aussi, à travers leurs déplacements, les activités à risques (la chasse, l'abattage, l'exploitation minière, les conflits) sont autant exposés aux handicaps que les femmes.

La proportion de la population souffrant d'un handicap en Guinée (2 %) paraît insignifiante. Cependant au regard des charges que font supporter ces handicapés à leurs communautés et à leurs familles, il convient d'en faire une priorité dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale. Certes, le handicap est un phénomène relativement rare, mais la faiblesse de la proportion obtenue est probablement aussi imputable à la définition adoptée.

Tableau 2.1 : Répartition (en %) des handicapés selon la région, le milieu de résidence et le sexe

Ensemble

REGIONS	Masculin	Féminin	Ensemble
Basse Guinée	23,5	23,1	23,3
Moyenne Guinée	31,9	36,3	34,1
Haute Guinée	16,5	16,1	16,3
Guinée Forestière	20,8	19,5	20,2
Conakry	7,3	5,1	6,1
Pays	100,0	100,0	100,0

Milieu urbain

REGIONS	Masculin	Féminin	Ensemble
Basse Guinée	25,2	25,0	25,1
Moyenne Guinée	8,9	9,7	9,2
Haute Guinée	12,6	14,2	13,4
Guinée Forestière	16,5	18,4	17,4
Conakry	36,7	32,7	34,9
Pays	100,0	100,0	100,0

Milieu rural

REGIONS	Masculin	Féminin	Ensemble
Basse Guinée	23,1	22,6	22,9
Moyenne Guinée	37,6	41,2	39,5
Haute Guinée	17,4	16,4	16,9
Guinée Forestière	21,9	19,7	20,7
Conakry	-	-	-
Pays	100,0	100,0	100,0

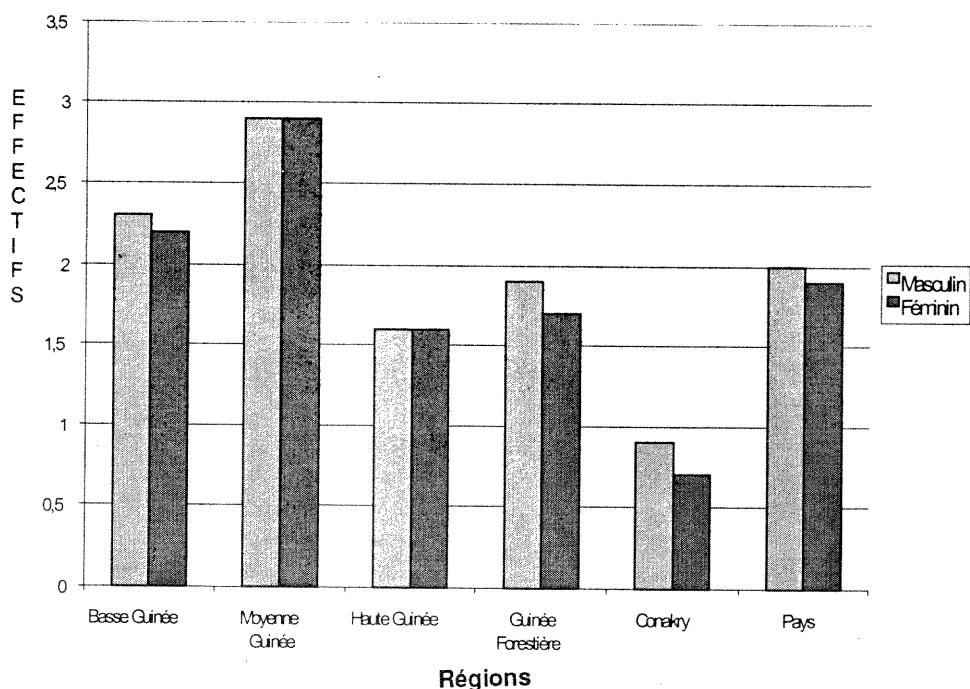
La population handicapée se répartit de façon inégale dans le pays. Hormis Conakry, très faiblement touchée (6,1 %), la région la moins affectée est la Haute Guinée (16,3 %) et la plus touchée est la Moyenne Guinée (34,1 %). Les écarts entre les régions sont pratiquement les mêmes pour chaque sexe. La distribution régionale des handicapés par milieu de résidence présente des différences. Alors que pour la population rurale c'est la Moyenne Guinée qui vient en tête, pour la population urbaine c'est plutôt Conakry, à cause sans doute du poids considérable de sa population dans la population urbaine totale. Le taux global de handicap évalué à 2 % montre que la fréquence du phénomène est faible dans l'ensemble ; elle est légèrement plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes, quel que soit la région considérée ou le milieu de résidence (tableau 2.2).

Tableau 2.2 : Taux de handicap (%) selon le sexe, le milieu de résidence et la région

REGIONS	Ensemble		Urbain		Rural	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Basse Guinée	2,3	2,2	2,0	1,7	2,3	2,3
Moyenne Guinée	2,9	2,9	1,6	1,3	3,1	3,0
Haute Guinée	1,6	1,6	1,6	1,4	1,6	1,6
Guinée Forestière	1,9	1,7	1,3	1,2	2,1	1,9
Conakry	0,9	0,7	0,9	0,7	-	-
Pays	2,0	1,9	1,2	1,1	2,3	2,3

Cet indice confirme les écarts observés entre les régions ainsi qu'entre les populations urbaine et rurale dans la distribution des effectifs de handicapés. Le premier rang occupé par la Moyenne Guinée s'explique probablement par la forte prévalence des maladies handicapantes dans cette région. La fréquence de handicap est deux fois plus élevée au sein de la population rurale que parmi les citadins. Ce résultat pourrait s'expliquer non seulement par la prévalence inégale des risques de handicap, mais aussi par la couverture sanitaire plus importante en ville qu'en campagne. C'est certainement ce qui justifie le faible taux obtenu à Conakry.

Graphique 2.1: Taux de handicap par région naturelle et par sexe



Par rapport à 1983, la Moyenne Guinée est restée toujours la région affichant la proportion la plus élevée de personnes handicapées. Par contre, la Guinée forestière avait la plus faible proportion en 1983 contrairement à la Haute Guinée en 1996. La baisse de la proportion observée en Haute Guinée est due aux résultats des programmes de lutte contre l'onchocercose développés dans cette région depuis 1986 (Keita, 1989).

2.2. STRUCTURE PAR AGE ET SEXE

Deux outils permettent d'analyser la structure par âge et sexe de la population handicapée : la pyramide des âges et la courbe des rapports des masculinité.

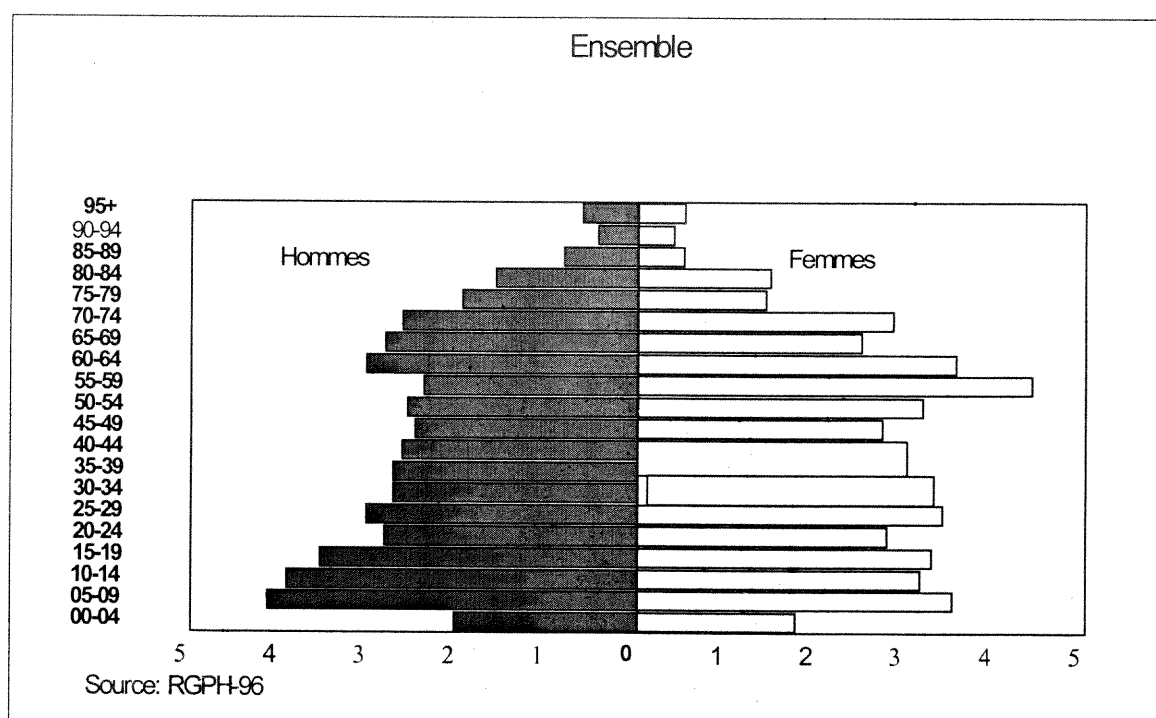
a) Pyramides des âges

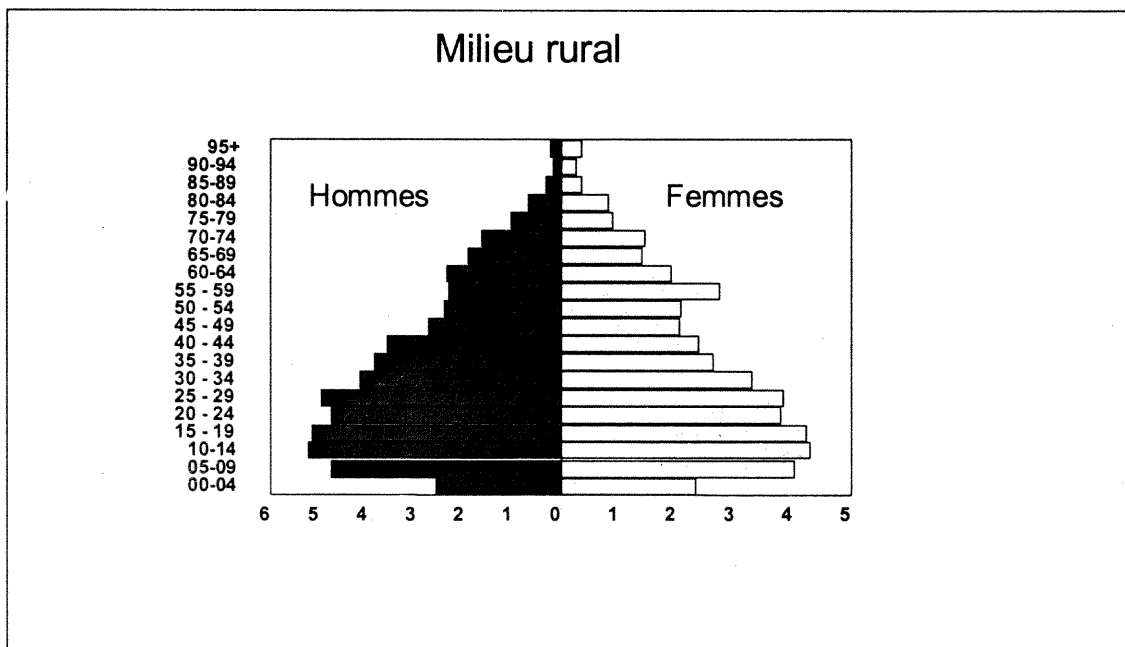
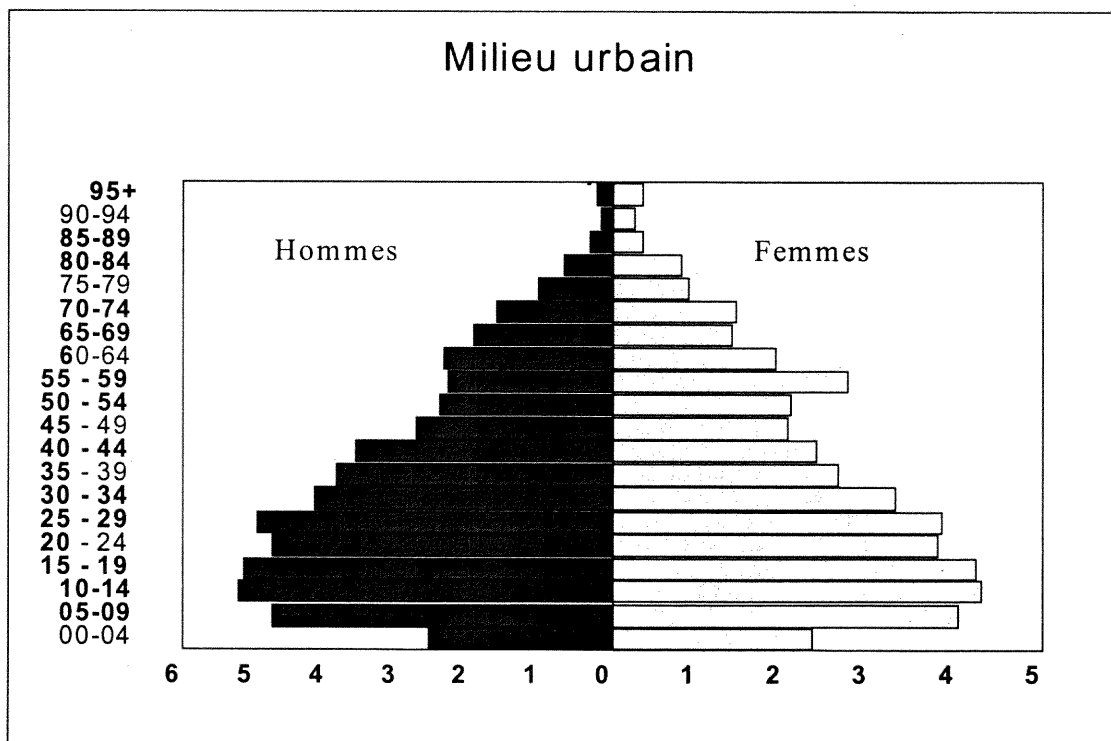
Pour l'ensemble du pays, la pyramide affiche une allure irrégulière due probablement aux erreurs de déclaration de l'âge. Elle reflète les principales caractéristiques suivantes :

- une très faible proportion de handicapés avant 5 ans,
- un surnombre de handicapés entre 5 et 15 ans, ainsi qu'entre 55 et 75 ans,
- des proportions insignifiantes au-delà de 85 ans.

Les irrégularités constatées touchent plus le sexe féminin que le sexe masculin. La pyramide rurale a presque la même allure que celle de la population totale des handicapés. La pyramide urbaine a une allure plus régulière que la rurale, avec une base large et un rétrécissement quasi-régulier avec l'âge dénotant de la diminution des proportions des handicapés au fur et à mesure que l'âge augmente. Le déficit des enfants handicapés de moins de 5 ans apparaît dans les deux pyramides, suggérant que les handicaps liés aux affections ou malformations congénitales sont beaucoup moins importants que ceux survenant au cours de l'existence surtout chez les petits garçons qui sont plutôt exposés à certains jeux violents qui pourraient être source de handicaps physiques.

Graphique 2.2 : Pyramide des âges de la population handicapée





b) Rapports de masculinité

Dans l'ensemble, le pays compte plus de femmes handicapées que d'hommes. On rencontre en effet 97 hommes pour 100 femmes handicapées. Le rapport de masculinité est

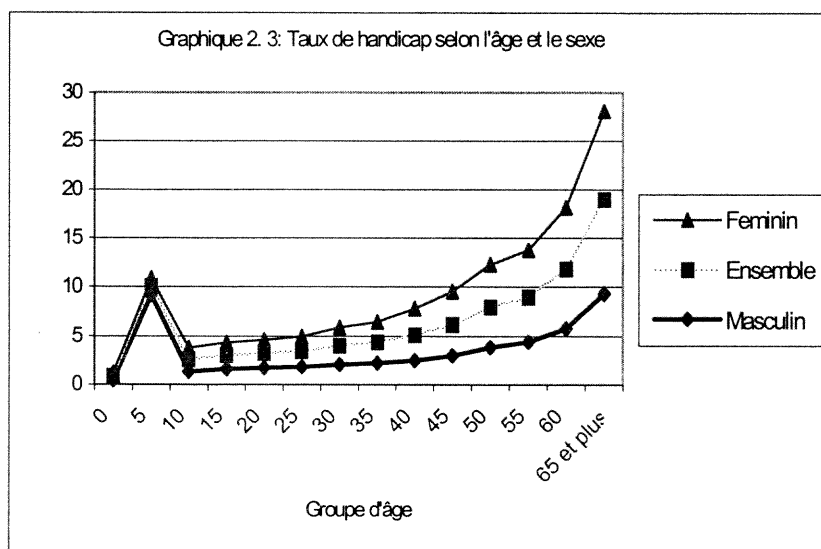
toutefois très variable entre les régions et il présente par ailleurs un important écart entre la population urbaine et la population rurale, dans toutes les régions. Il est nettement plus élevé en ville (124) qu'en campagne (93). C'est à Conakry qu'on enregistre le rapport de masculinité le plus élevé (139). L'écart urbain/rural est probablement lié à la migration masculine généralement supérieure à celles des femmes et au risque différentiel de handicap selon le sexe. Parmi les quatre régions naturelles, la Basse Guinée connaît le plus fort surnombre d'hommes handicapés en ville. Mais dans l'ensemble, seule la Guinée Forestière a un rapport supérieur à 100 en ville comme en campagne ; ce résultat provient de la présence des réfugiés libériens et sierra-léonais dans cette région, parmi lesquels on trouve beaucoup d'hommes mutilés de guerre.

Tableau 2.3 : Rapports de masculinité des handicapés par région et milieu de résidence

Région	Urbain	Rural	Ensemble
Basse Guinée	124,9	94,2	99,4
Moyenne Guinée	113,6	84,6	85,8
Haute Guinée	110,1	98,2	99,8
Guinée Forestière	111,6	103,2	104,4
Conakry	139,3	-	139,3
Ensemble	124,0	92,7	97,5

c) Les taux d'handicaps par milieu, sexe et groupes d'âges.

La courbe ci-après décrit l'évolution des taux de handicaps par groupe d'âges. Dans l'ensemble, les taux d'handicaps augmentent avec l'âge quel que soit le sexe. Entre 0 et 15 ans, la courbe croît de façon régulière avant de connaître une certaine stabilité jusqu'à 40 ans. Au-delà de cet âge, la croissance devient plus significative pour atteindre près de 10% après 65 ans. Les taux sont sensiblement plus élevés chez les femmes que chez les hommes à toutes les âges.



2.3. ALPHABETISATION

Sur les 130.982 personnes handicapées âgées de 6 ans et plus, 86,2% ne savent ni lire, ni écrire. Ce taux reste plus élevé que celui de l'ensemble de la population de 6 ans et plus (74,6%). Il est également plus élevé chez les femmes (93,7%) que chez les hommes (78,6%). Cette situation reflète le manque d'encadrement dont souffrent les handicapés, par rapport au reste de la population (tableau 2.4)..

Le taux d'analphabétisme le plus élevé est observé en Haute Guinée (93,1%) suivie de la Moyenne Guinée (90,6%) qui est la région renfermant la proportion la plus élevée de handicapés. A l'opposé, à Conakry presque la moitié des handicapés savent lire et écrire (54,4%). De plus, quel que soit la région considérée, les femmes sont plus analphabètes que les hommes, à l'image de la population totale.

En outre, comme pour l'ensemble de la population, le taux d'analphabétisme des handicapés est plus élevé en milieu rural (90,7%) qu'en milieu urbain (64,9%).

Tableau 2.4: Taux d'alphabétisme de la population handicapée de 6 ans et plus selon le sexe, la région et le milieu de résidence.

Région	Ensemble			Urbain			Rural		
	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.
Basse Guinée	72,8	93,3	83,1	52,0	78,0	63,4	78,4	96,3	87,7
Moyenne Guinée	83,5	96,7	90,6	59,6	80,4	69,3	84,9	97,4	91,7
Haute Guinée	89,1	97,1	93,1	72,0	90,5	80,8	92,1	98,2	95,1
Guinée Forestière	80,5	92,4	86,4	65,9	83,7	74,3	83,2	93,9	88,5
Conakry	45,6	66,6	54,4	45,6	66,6	54,4	-	-	-
Pays	78,6	93,7	86,2	55,0	77,3	64,9	84,3	96,6	90,7

2.4. FREQUENTATION SCOLAIRE

Dans l'ensemble, le taux brut de scolarisation des enfants handicapés (7-12 ans) s'élève à 24 %. Les filles sont moins scolarisées que les garçons (19,4% contre 28,4%) dans toutes les régions, en ville comme en campagne. L'examen des différences régionales montre que la Guinée Forestière connaît le niveau de scolarisation le plus élevé (31,8%) en dehors de Conakry la capitale qui a un taux de 54,5%.

Le taux de scolarisation du milieu rural est nettement inférieur à celui du milieu urbain (17,0% contre 50%). En général les écarts de fréquentation scolaire entre les sexes ne sont pas aussi importants que ceux relatifs à l'alphabétisation. En tout état de cause, la structure de la scolarisation des enfants handicapés épouse celle de l'ensemble des enfants du pays.

Tableau 2.5: Taux de scolarisation des enfants handicapés âgés de 7 à 12 ans selon le sexe et la région

REGIONS	Ensemble			Urbain			Rural		
	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.
Basse Guinée	32,3	20,6	27,3	61,4	48,2	55,6	22,7	11,2	17,8
Moyenne Guinée	15,8	10,2	13,2	43,8	44,3	44,0	14,2	8,3	11,5
Haute Guinée	20,3	13,9	17,5	44,3	33,1	38,9	15,5	9,3	12,8
Guinée Forestière	37,0	25,3	31,8	49,8	38,2	44,7	34,0	22,5	28,8
Conakry	59,7	48,5	54,5	59,7	48,5	54,5	-	-	-
Ensemble	28,4	19,4	24,4	55,2	44,3	50,3	21,0	12,4	17,1

2.5. INSTRUCTION

Le tableau 2.6 montre que la plupart des handicapés ne sont pas instruits (89 %). Les personnes ayant fréquenté l'école ont rarement dépassé le cap du primaire (6,1 %) ou du secondaire (3,2 %). La proportion des handicapés ayant atteint le niveau supérieur est insignifiante. C'est en Moyenne Guinée qu'on enregistre la proportion la plus élevée de handicapés illettrés (95 %) et la moins élevée en Guinée Forestière. A Conakry, le niveau d'instruction est naturellement plus élevé que dans le reste du pays, avec 20 % et 16 % des handicapés qui ont respectivement le niveau primaire et le niveau secondaire. Comme attendu, le niveau d'instruction des handicapés vivant en ville est relativement plus élevé que celui des handicapés de la campagne, quelle que soit la région.

Tableau 2.6: Répartition des handicapés de 6 ans et plus selon le sexe et le niveau d'instruction et le milieu de résidence.

Ensemble

REGIONS	Sans Niveau	Primaire	Secondaire	Professionnel	Supérieur
Basse Guinée	89,0	6,9	3,2	0,5	0,5
Moyenne Guinée	95,3	3,0	1,2	0,2	0,2
Haute Guinée	94,4	3,3	1,6	0,3	0,4
Guinée Forestière	86,0	8,7	4,4	0,5	0,4
Conakry	56,1	20,4	15,6	3,2	4,7
Ensemble	89,5	6,1	3,2	0,5	0,6

Urbain

Basse Guinée	67,2	18,7	10,4	1,8	1,9
Moyenne Guinée	70,7	14,1	11,4	1,8	2,1
Haute Guinée	81,6	10,0	6,1	1,0	1,4
Guinée Forestière	74,0	14,1	9,3	1,5	1,1
Conakry	56,1	20,4	15,6	3,2	4,7
Pays	66,7	16,9	11,6	2,1	2,7

Rural

Basse Guinée	94,0	4,1	1,6	0,2	0,2
Moyenne Guinée	96,6	2,5	0,7	0,1	0,1
Haute Guinée	96,5	2,3	0,9	0,2	0,2
Guinée Forestière	88,1	7,8	3,5	0,3	0,3
Conakry	-	-	-	-	-
Pays	94,2	3,9	1,5	0,2	0,2

2. 6. ETAT MATRIMONIAL

Les handicapés sont en majorité mariés (59 %), les femmes le sont légèrement plus que les hommes. La proportion des célibataires parmi les handicapés reste cependant élevée, en particulier chez les hommes (36 %). Pour chaque sexe, on observe des écarts importants entre le milieu urbain et le milieu rural. Globalement, on rencontre plus de mariés en campagne qu'en ville et c'est l'inverse en ce qui concerne les célibataires. Cette structure reflète celle de l'ensemble de la population. Ce constat ne permet pas toutefois de conclure qu'il y a un lien entre le handicap et l'état matrimonial ne sachant pas le moment d'apparition du handicap ni celui du changement de l'état matrimonial.

Tableau 2.7: Répartition des handicapés de 12 ans et plus selon l'état matrimonial, le sexe et le milieu de résidence.

Etat matrimonial	Urbain			Rural			Ensemble		
	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total
Célibataire	50,3	27,3	40,4	32,2	12,9	22,0	35,7	15,0	25,1
Marié/Union	46,1	51,6	48,6	61,0	61,4	61,2	58,1	60,0	59,0
Divorcé/Séparé	2,1	3,6	2,7	2,6	2,9	2,8	2,5	3,4	2,8
Veufs(ves)	1,4	17,5	8,3	4,2	22,8	14,0	3,7	22,0	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2.7. ACTIVITE ECONOMIQUE

Comme attendu, les handicapés sont en majorité des inactifs : environ les deux tiers (64 %) sont inactifs. L'inactivité touche toutefois beaucoup plus les femmes handicapées que les hommes (71 % contre 57 %). Il n'existe pas de différences significatives du niveau d'activité entre les handicapés vivant en ville et ceux du milieu rural, quel que soit le sexe, sauf en Basse Guinée. Mais les différences entre sexes concernent chaque milieu de résidence et l'ensemble des régions.

Tableau 2.8: Répartition de la population des handicapés âgés de 6 ans et plus selon le sexe, la situation individuelle par rapport à l'activité et la région

Ensemble

Régions	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Actifs	Inactifs	Actifs	Inactifs	Actifs	Inactifs
Basse Guinée	46,2	53,8	29,4	70,6	37,7	62,3
Moyenne Guinée	35,9	64,1	24,5	75,5	29,7	70,3
Haute Guinée	44,2	55,8	29,0	71,0	36,6	63,4
Guinée Forestière	47,2	52,8	40,2	59,8	43,8	56,2
Conakry	46,1	53,9	25,9	74,1	37,7	62,3
Pays	42,7	57,3	29,4	70,6	36,0	64,0

Urbain

Basse Guinée	50,5	49,5	33,5	66,5	43,0	57,0
Moyenne Guinée	35,0	65,0	22,5	77,5	29,2	70,8
Haute Guinée	42,4	57,6	26,8	73,2	35,0	65,0
Guinée Forestière	40,4	59,6	28,5	71,5	34,8	65,2
Conakry	46,1	53,9	25,9	74,1	37,7	62,3
Pays	44,8	55,2	28,1	71,9	37,4	62,6

Rural

Basse Guinée	45,0	55,0	28,6	71,4	36,5	63,5
Moyenne Guinée	36,0	64,0	24,6	75,4	29,8	70,2
Haute Guinée	44,6	55,4	29,4	70,6	36,9	63,1
Guinée Forestière	48,4	51,6	42,2	57,8	45,3	54,7
Conakry	-	-	-	-	-	-
Pays	42,2	57,8	29,7	70,3	35,7	64,3

2.8. SECTEURS ET BRANCHES D'ACTIVITE

L'examen du tableau 2.8 montre que le secteur primaire (agriculture, pêche, sylviculture et industrie extractive) absorbe 77,0 % de la population active handicapée. Ils représentent en milieu rural alors 89,8 % qu'en milieu urbain ils ne compte que 18,5 %.

La prédominance de ce secteur dans les activités économiques du pays n'est pas surprenant d'autant plus que la majeure partie de la population active des handicapés vit en milieu rural et pratique une agriculture subsistance. En milieu urbain les branches d'activités relevant du secteur tertiaire viennent en tête avec 58,3 % des actifs. La branche d'activité dominante demeure la branche « commerce » qui totalise à elle seule 39,0 % des effectifs évoluant dans ce secteur. Il faut noter que le secteur secondaire qui regroupe (les industries

manufacturières, les bâtiments et travaux publics) et les autres services occupent les plus faibles taux 3,9 % et 2,9 respectivement dans l'ensemble.

Le secteur primaire occupe plus de trois quarts de la population handicapée active. Toutefois, c'est principalement en milieu rural qu'on observe la prédominance de ce secteur, à cause de la primauté de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche qui seuls emploient 83 % des handicapés actifs.

Du fait de leur manque de qualification professionnelle résultant de leur faible niveau d'instruction, les handicapés sont peu représentés dans le secteur secondaire, en campagne comme en ville (11 %). En revanche, on les trouve en proportion élevée dans le secteur tertiaire en ville (70 %) où ils s'occupent surtout du commerce.

La répartition des handicapés suivant les secteurs et les branches d'activité présente des différences marquées entre les sexes aussi bien qu'entre les milieux de résidence. S'agissant des sexes, les femmes sont plus représentées dans le secteur primaire, notamment dans les activités agricoles, d'élevage et de pêche, que les hommes, en milieu rural, et c'est l'inverse qu'on observe en ville. Dans le secteur secondaire on retrouve proportionnellement plus de handicapés hommes que de femmes dans les deux milieux. Dans le secteur tertiaire, la présence féminine est plus importante que celle des hommes.

Tableau 2.9 : Répartition des handicapés par branche d'activité et par sexe selon le milieu de résidence

Branche d'activité	Ensemble			Urbain			Rural		
	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total
Secteur primaire	<u>74,2</u>	<u>81,2</u>	<u>77,1</u>	<u>19,4</u>	<u>16,7</u>	<u>18,5</u>	<u>88,0</u>	<u>92,1</u>	<u>89,8</u>
Agric., Elevage et Pêche	73,1	80,8	76,3	16,4	16,1	16,3	87,4	91,8	83,3
Industrie extractive	1,1	0,4	0,8	2,9	0,6	2,2	0,6	0,3	0,5
Secteur secondaire	<u>6,3</u>	<u>0,5</u>	<u>3,9</u>	<u>16,3</u>	<u>1,4</u>	<u>11,3</u>	<u>3,8</u>	<u>0,4</u>	<u>2,3</u>
Industrie manufacturière	4,1	0,5	2,6	9,5	1,3	6,7	2,8	0,4	1,7
Bâtiment, Travaux pub.	2,2	0,0	1,3	6,8	0,1	4,6	1,0	0,0	0,6
Secteur tertiaire	<u>19,5</u>	<u>18,3</u>	<u>19,0</u>	<u>64,3</u>	<u>81,9</u>	<u>70,2</u>	<u>8,2</u>	<u>7,5</u>	<u>7,9</u>
Commerce	9,3	13,1	10,8	30,8	55,6	39,1	3,9	5,9	4,7
Transport	1,1	0,1	0,7	4,5	0,4	3,1	0,3	0,0	0,2
Service coll.	5,3	3,6	4,6	14,7	19,1	16,1	2,9	0,9	2,1
Autres services	3,8	1,5	2,9	14,3	6,8	11,9	1,1	0,6	0,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2.9 STATUT DANS L'EMPLOI

S'agissant du statut dans l'activité, la catégorie des indépendants prédomine (93 %), à cause de la primauté de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, activités essentiellement menées pour l'autosubsistance. Les salariés représentent une part relativement faible des actifs occupés, même en ville (29 %), sans doute à cause de la présence marginale du secteur secondaire. Le statut dans l'activité présente des différences d'une part entre les deux sexes et d'autre part entre les deux milieux de résidence. Comme attendu, on dénombre relativement plus de salariés en ville qu'en zone rurale, et plus parmi les hommes que les femmes.

Tableau 2.10 : Répartition des handicapés actifs selon le statut dans l'emploi et le sexe par milieu de résidence

Statut dans l'emploi	Ensemble			Urbain			Rural		
	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total	Masc.	Fém.	Total
Indépendant	91,7	94,3	92,8	68,0	70,4	68,8	97,5	98,0	97,7
Employeur	0,4	0,3	0,3	1,1	1,0	1,0	0,2	0,1	0,2
Salarié	7,3	4,9	6,3	29,9	27,6	29,2	1,2	1,2	1,7
Coopérative	0,2	0,2	0,2	0,5	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2
Apprenti	0,2	0,1	0,2	0,5	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1
Aide familial	0,2	0,2	0,2	0,0	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

CHAPITRE 3

LES TYPES DE HANDICAPS

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'importance relative des différents types de handicaps identifiés, conformément à la nomenclature adoptée lors du recensement. Les résultats obtenus permettront de mieux orienter les interventions dans ce domaine, sachant que celles-ci visent généralement un type spécifique de handicap.

Parmi les handicapés recensés, certains présentaient plusieurs handicaps à la fois, tandis que d'autres n'en avaient qu'un seul. Le nombre total de handicaps recensés est évalué à 152.606 pour 138.388 handicapés.

Le poids relatif des handicaps est quelque peu biaisé par l'existence d'un effectif assez élevé des handicapés dont le type spécifique n'a pas été déclaré et qui sont classés dans "autres handicaps". En effet, plus de 45 000 types de handicaps n'ont pu être clairement identifiés lors du recensement, soit 30 %. Cela est dû à une appréhension insuffisante des handicaps sur le terrain ou aux erreurs survenues au cours du traitement des données.

L'analyse ne permettra pas de préciser la cause des handicaps ni la date de leur survenance, ces informations n'ayant pas été saisies lors du recensement.

3.1. DISTRIBUTION SPATIALE

Cinq principales catégories de handicap ont été considérées. Il s'agit des handicaps suivants : cécité, surdité/mutité, infirmité des membres inférieurs, infirmité des membres supérieurs, d ficiency mentale. Dans « autres » ont été classés les handicaps non déterminés.

Le recensement a révélé que c'est l'infirmité des membres inférieurs qui est le handicap le plus important dans le pays, touchant près du quart des handicapés (23,5 %). Viennent ensuite la surdité/mutité (13,8 %) et l'infirmité des membres supérieurs (12,2 %). La cécité et la d ficiency mentale représente chacune environ 10 % des handicaps. Le poids des

infirmes des membres inférieurs est prépondérant dans toutes les régions ; mais il est particulièrement élevé à Conakry où près d'un tiers des handicapés (32,8 %) est concerné, à l'opposé de la Moyenne Guinée (21,7%). La proportion la plus élevée d'aveugles est observée en Haute Guinée qui est la région où sévit l'onchocercose. Les sourds-muets sont plus présents à Conakry du fait certainement de la présence de l'école des sourds-muets de Boulbinet dans la capitale. La proportion élevée de déficients mentaux en Moyenne Guinée (13,1%) est difficile à expliquer.

La prévalence remarquable de l'infirmité des membres inférieurs est la conséquence de la couverture vaccinale insuffisante contre la poliomyélite. Par ailleurs la présence de mutilés de guerre parmi les réfugiés, victimes de l'explosion des mines, contribue à augmenter le poids de ce handicap.

Tableau 3.1: Répartition (en %) des handicapés selon le type de handicap et par région².

REGIONS	Aveugle	Sourd M.	I.M.I	I.M.S	DM	Autres	Ens.
Basse Guinée	9,6	11,3	23,4	12,6	8,4	34,7	100,0
Moyenne Guinée	10,1	10,4	21,7	13,6	13,1	31,1	100,0
Haute Guinée	12,6	16,4	22,2	8,8	7,6	32,5	100,0
Guinée Forestière	10,3	17,9	24,8	11,6	7,5	27,9	100,0
Conakry	7,9	19,5	32,8	14,1	8,9	16,8	100,0
Pays	10,3	13,8	23,5	12,2	9,7	30,6	100,0

Il n'existe pas de différences significatives des types d'handicap suivant le sexe pour l'ensemble du pays. Au niveau des régions naturelles, certaines différences apparaissent. En Haute Guinée, les hommes (56,2%) sont plus touchés par la cécité que les femmes (43,8%). La plupart des infirmes (membres inférieurs et membres supérieurs) de Conakry sont de sexe masculin (plus de 61%). Cette proportion est d'environ 53% en Guinée Forestière. En Moyenne Guinée ce taux est relativement bas. Pour les déficients mentaux, les hommes sont plus atteints à Conakry (60,8%) et en Guinée Forestière (52%). Cependant, on compte

² AV : Aveugle ; SM ou SO-Mu : Sourds-muets ; IMI : Infirmes des membres inférieurs ; IMS : Infirmes des membres supérieurs ; DM : Déficiences mentales ; Autres : Autres handicaps.

relativement plus de femmes aveugles (52,6%) et infirmes des membres supérieurs (53,3%) en Moyenne Guinée. Cela pourrait être lié au fait que les femmes de cette région sont obligées d'assumer des travaux champêtres, du fait de l'émigration masculine dans cette région, ce qui les expose aux accidents.

Tableau 3.2 : Répartition en (%) des handicapés selon le sexe et la nature du handicap par région naturelle

Régions	Aveugles		Sourd-Muet		IMI		IMS		DM		Autres	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Basse Guinée	45,4	54,6	50,1	49,9	52,0	48,0	55,4	44,6	52,5	47,5	47,4	52,6
Moyenne Guinée	47,4	52,6	51,9	48,1	47,9	52,1	46,7	53,3	49,3	50,7	41,8	58,2
Haute Guinée	56,2	43,8	51,8	48,2	49,7	50,3	56,1	43,9	50,3	49,7	44,9	55,1
Guinée Forestière	51,8	48,2	49,7	50,3	51,5	48,5	53,4	46,6	52,0	48,0	49,2	50,8
Conakry	50,8	49,2	50,8	49,2	60,4	39,6	62,4	37,6	60,8	39,2	56,7	43,3
Pays	49,9	50,1	50,8	49,2	51,0	49,0	52,4	47,6	51,2	48,8	45,7	54,3

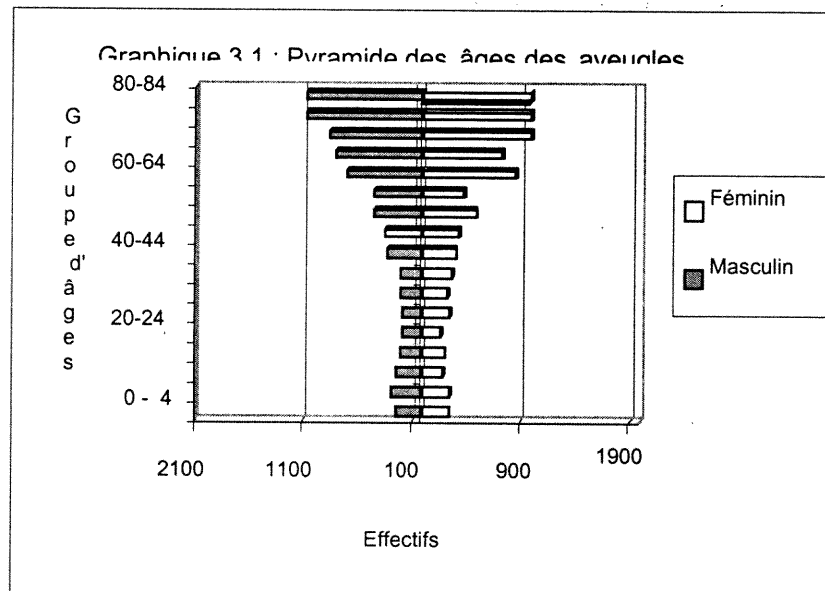
3.2. STRUCTURE PAR AGE ET SEXE

La structure par sexe et par âge sera examinée en fonction des différents types de handicaps.

a) Pyramide des âges

- **Aveugles**

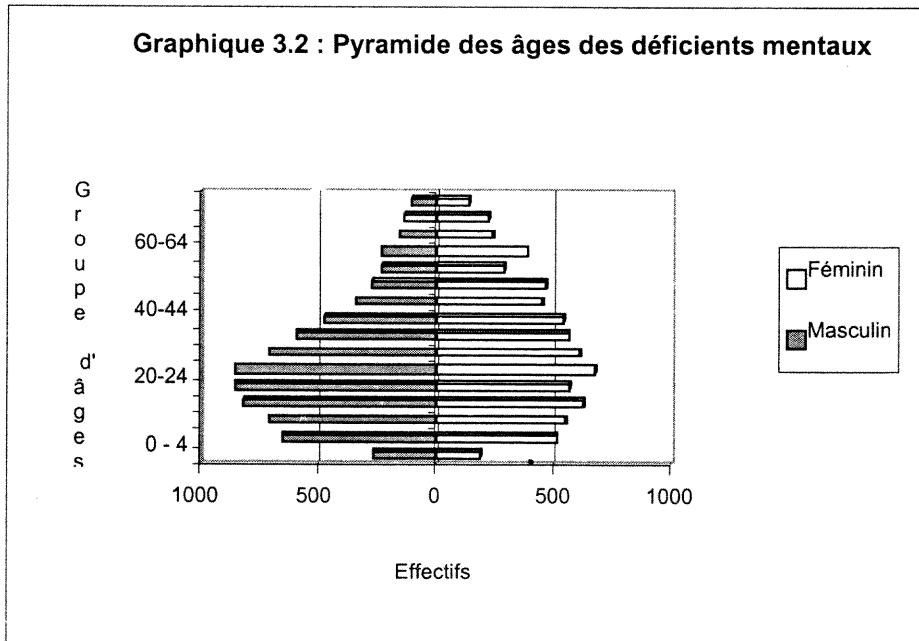
La pyramide des âges des aveugles a la forme d'une bouteille renversée qui montre que les effectifs d'aveugles augmentent légèrement avec l'âge. Cette augmentation est rapide au-delà de 60 ans, quel que soit le sexe. Aux jeunes âges, la cécité est quasi-négligeable. Il apparaît en définitive que ce handicap est lié à la vieillesse, avec laquelle baisse l'acuité visuelle suite à l'apparition de certaines affections oculaires séniles telles que la cataracte et le glaucome.



- **Déficients mentaux**

Les déficients mentaux sont nombreux au sein des jeunes groupes d'âges principalement entre 10 et 35 ans avec des pics chez les 20-24 ans et 25-29 ans. On peut relier cet état de choses aux méfaits de certains fléaux comme la toxicomanie ou la drogue dont les jeunes sont les principales victimes. En outre, on remarque que les garçons sont plus atteints que les jeunes filles, à cause probablement de la prévalence différentielle de la toxicomanie selon le sexe. Au niveau des personnes âgées, les effectifs restent peu importants. On observe néanmoins un pic chez les femmes de 55-59 ans. Cet effectif important de ce groupe d'âges est probablement lié aux conséquences de la sénilité féminine ou au veuvage.

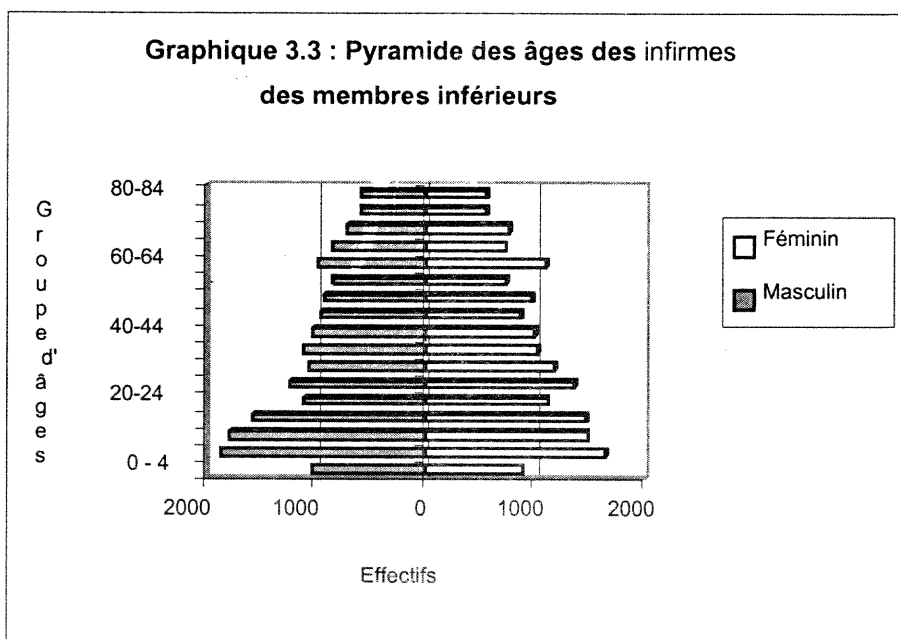
Graphique 3.2 : Pyramide des âges des déficients mentaux



• **Infirmes des membres inférieurs**

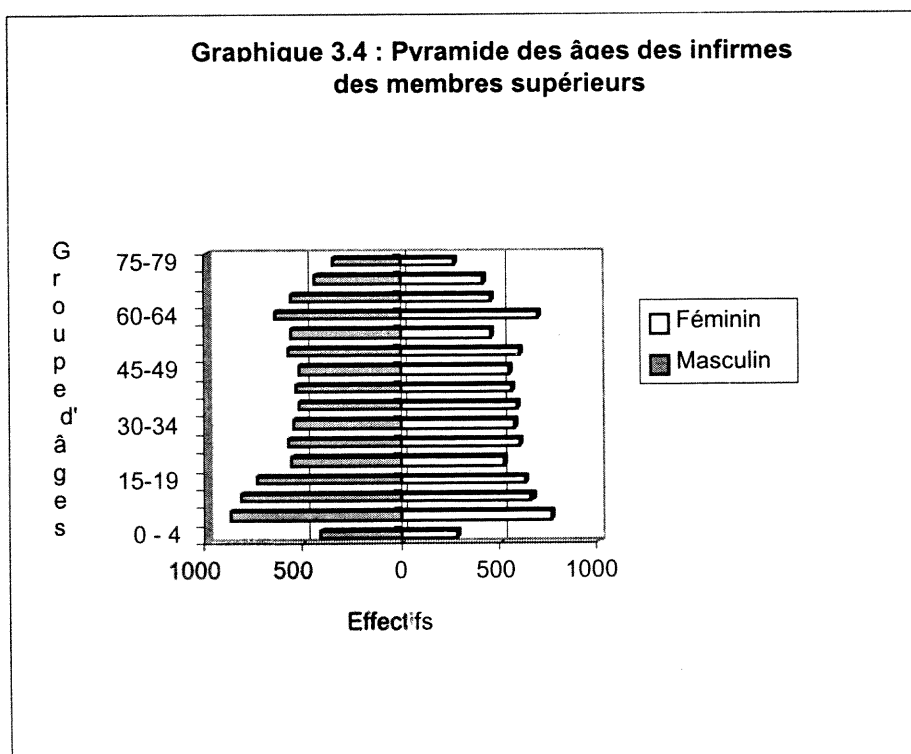
Les effectifs les plus importants de la pyramide des âges des infirmes des membres inférieurs s'observent surtout parmi les enfants et les jeunes (5-20 ans). Cela résulte du faible niveau de vaccination des enfants. Ce phénomène touche les deux sexes de façon presque égale. Avant 5 ans, les cas d'infirmité sont moins fréquents. Aux âges avancés, les effectifs sont également peu importants (moins de 3%).

Graphique 3.3 : Pyramide des âges des infirmes des membres inférieurs



- **Infirmes des membres supérieurs**

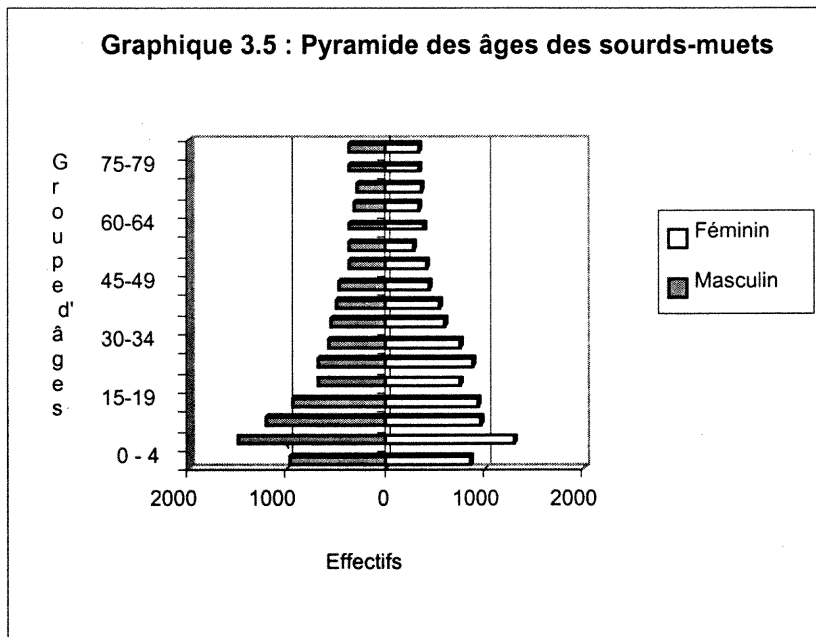
La structure de la population des infirmes des membres supérieurs est semblable à celle des infirmes des membres inférieurs : déficit avant 5 ans, surnombre entre 5 et 20 ans, diminution plus ou moins régulière des proportions avec l'âge. Toutefois, on observe un surnombre d'infirmes à 60-64 ans qui résulterait d'un transfert d'effectifs vers les âges avancés (erreurs de déclaration d'âge). Au niveau d'âges élevés, les différences d'effectifs entre les sexes sont peu significatives.



- **Sourds-muets**

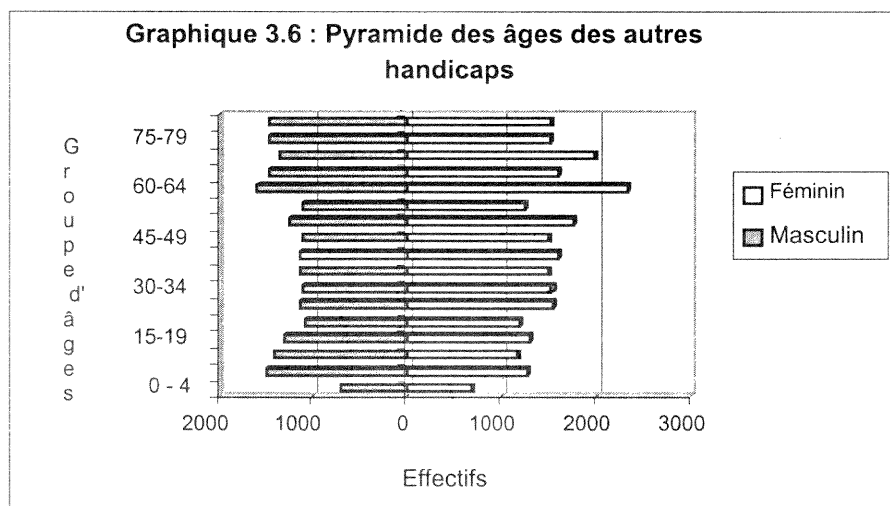
La pyramide des âges des sourds-muets a une forme presque triangulaire qui dénote l'importance de ce handicap parmi les enfants et sa diminution avec l'âge. Les effectifs les plus importants sont observés entre 5 et 15 ans (plus de 6%) pour chaque sexe, puis ils baissent de façon aussi régulière à mesure que l'âge augmente. Le fait qu'il y a plus de sourds-muets entre 5 et 15 ans qu'avant 5 ans suggère que la surdité-mutité ne procède pas seulement d'une d ficiance congénitale, mais peut aussi survenir au cours de la vie, de façon

accidentelle. Cette explication est peu plausible. Il s'agirait plutôt d'une sous-déclaration des enfants sourds-muets de moins de 5 ans par les parents, qui ont sans doute encore l'espoir de voir leur enfant retrouver l'audition et la parole avant un certain âge ou qui n'ont pas encore fait constater médicalement le handicap.



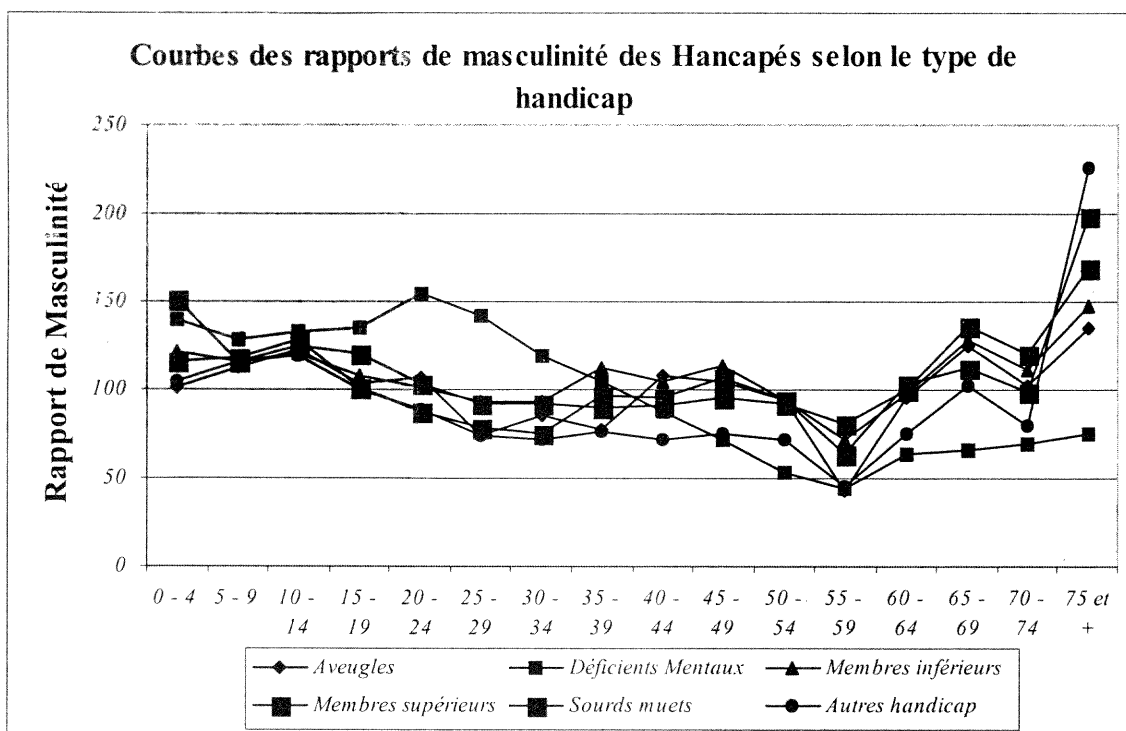
- **Autres handicapés**

La pyramide des âges des autres handicapés ne présente aucune forme quelconque, avec toutefois une base relativement rétrécie par rapport au sommet, plutôt large. Chez les hommes, c'est entre 60 et 75 ans et entre 5 et 20 ans qu'on observe les effectifs les plus importants. Chez les femmes, l'effectif le plus important se situe entre 55 et 60 ans. On observe un important déficit de handicaps chez les enfants de moins de 5 ans attribuable aux problèmes de collecte liés à la détermination des types de handicap. Il s'ensuit une sous-déclaration des handicaps à ce groupe d'âge.



b) Rapports de masculinité

Les courbes des rapports de masculinité des handicapés selon le type de handicap présentent des évolutions similaires à celle de la population résidente handicapée totale. Quelques différences plus ou moins significatives peuvent être néanmoins relevées. On observe ainsi que chez les aveugles on compte un peu plus d'hommes que de femmes à 40-44 ans et chez les sourds-muets à 35-44 ans et 60-69 ans. Quant aux déficients mentaux, les femmes sont relativement plus nombreuses parmi eux que les hommes, entre 30 et 80 ans.



Taux de handicap selon le sexe et par groupes d'âges

Le taux de handicap est défini comme la fréquence d'un type de handicap donné au sein de la population totale. Vu les faibles effectifs des handicaps, il est exprimé en %.

Aveugles

Pour 1000 personnes recensées, on dénombre environ deux aveugles. La structure par âge des taux d'aveugles montre que la cécité est plus fréquente chez les personnes âgées que chez les jeunes et les enfants. Les taux sont insignifiants avant 60 ans. Comme souligné précédemment, la cécité est un handicap essentiellement dû aux maladies oculaires liées à la sénilité telles que la cataracte et le glaucome. Le taux d'aveugles est presque le même, à tous les âges et aussi bien chez les hommes que chez les femmes, ce qui signifie que la cécité ne frappe pas prioritairement un sexe.

Tableau 3.3 : Taux d'aveugles selon l'âge et le sexe (%)

Groupes d'âges	Taux d'aveugles			Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin	Total	
0-4	0,3	0,3	0,3	103
5-9	0,4	0,4	0,4	113
10-14	0,5	0,5	0,5	125
15-19	0,6	0,5	0,5	100
20-24	0,7	0,6	0,6	105
25-29	0,7	0,8	0,7	74
30-34	1,0	0,9	1,0	85
35-39	1,2	1,3	1,2	77
40-44	2,1	1,9	2,0	108
45-49	2,9	2,9	2,9	105
50-54	4,8	4,7	4,8	94
55-59	6,0	5,6	5,8	123
60-64	9,6	9,7	9,7	84
65-69	14,1	14,0	14,0	111
70-74	21,6	21,3	21,4	87
75 +	33,4	31,8	32,6	107
Ensemble	2,24	2,1	2,1	100

Déficients mentaux

Comme celui des aveugles, le taux global des déficients mentaux s'élève à 2 %. Mais contrairement au premier, le taux des déficients mentaux n'est pas une fonction croissante de l'âge. Sa structure est plutôt marquée par des fluctuations. Celles-ci sont particulièrement

marquées pour le sexe masculin. Les taux féminins connaissent un accroissement régulier avec l'âge jusqu'à 55 ans. Les problèmes de ménages qui sont à l'origine de beaucoup de stress chez les femmes, dont l'ampleur augmente avec l'âge, pourraient expliquer ce phénomène.

Tableau 3.4 : Taux de déficients mentaux selon l'âge et le sexe (%)

Groupes d'âges	Taux de déficients mentaux			Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin	Total	
0-4	0,4	0,3	0,3	142
5-9	1,0	0,8	0,9	127
10-14	1,71	1,5	1,6	129
15-19	2,5	1,8	2,1	131
20-24	3,6	2,0	2,7	151
25-29	3,6	2,1	2,7	127
30-34	3,7	2,5	3,0	116
35-39	3,4	2,8	3,1	106
40-44	3,1	3,5	3,3	87
45-49	2,9	3,9	3,4	76
50-54	2,8	4,5	3,7	58
55-59	3,0	4,4	3,6	79
60-64	3,1	4,4	3,8	60
65-69	2,8	4,6	3,7	66
70-74	3,4	4,7	4,1	61
75 +	3,2	4,3	3,8	76
Ensemble	2,1	1,9	2,1	105

Infirmes des membres inférieurs

Le taux d'infirmité des membres inférieurs est relativement plus élevé que ceux de cécité et de déficience mentale ; il se situe autour de 5%, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. On constate une évolution assez marquée de ce handicap à partir de 50 ans autant chez les femmes que chez les hommes. Si pour le sexe féminin le taux s'accroît avec l'âge jusqu'à 50 ans, on observe en revanche beaucoup de fluctuations pour le sexe masculin, avec toutefois une croissance des taux jusqu'à 35 ans.

Tableau 3.5: Taux d'infirmes des membres inférieurs selon l'âge et le sexe (%)

Groupes d'âges	Taux d'infirmes des membres inférieurs			Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin	Total	
0-4	1,5	1,4	1,4	115
5-9	3,0	2,7	2,9	113
10-14	4,3	4,0	4,2	120
15-19	4,9	4,2	4,5	107
20-24	4,7	3,9	4,2	99
25-29	5,1	4,3	4,6	90
30-34	5,6	4,9	5,2	90
35-39	6,4	5,2	5,7	108
40-44	6,7	6,4	6,6	101
45-49	8,1	7,6	7,8	110
50-54	9,7	9,6	9,7	93
55-59	11,3	11,1	11,2	116
60-64	13,3	12,7	13,0	89
65-69	14,8	14,1	14,4	116
70-74	18,1	16,3	17,1	95
75 +	18,7	17,7	18,2	108
Ensemble	5,2	4,792	5,0	104

Infirmes des membres supérieurs

Évalué à 2,5 %, le taux d'infirmité des membres supérieurs est nettement inférieur à celui des membres inférieurs. On note une légère diminution de ce phénomène dans les âges avancés, surtout chez les hommes. Mais dans l'ensemble, cette infirmité augmente avec l'âge ; le taux ne devient cependant significatif qu'au-delà de 65 ans. Les écarts entre les deux sexes ne sont pas importants.

Tableau 3.6 : Taux d'infirmes des membres supérieurs selon âge et le sexe

Groupes d'âges	Taux d'infirmes des membres supérieurs			Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin	Total	
0-4	0,6	0,4	0,5	151
5-9	1,4	1,2	1,3	116
10-14	1,9	1,8	1,9	126
15-19	2,3	1,8	2,0	119
20-24	2,4	1,8	2,0	108
25-29	2,4	1,8	2,1	98
30-34	2,9	2,4	2,6	97
35-39	3,0	2,9	3,0	91
40-44	3,6	3,6	3,6	96
45-49	4,5	4,7	4,6	98
50-54	6,1	5,8	6,0	97
55-59	7,4	6,8	7,1	125
60-64	8,8	8,0	8,4	93
65-69	10,0	8,7	9,4	128
70-74	11,0	8,7	9,8	108
75 +	11,2	8,3	9,8	137
Ensemble	2,7	2,4	2,5	110

Sourds-muets

Le taux de handicap des sourds-muets s'élève à 3 ‰ environ. Il augmente avec l'âge, avec quelques légères fluctuations à 20-24 ans et 70-74 ans pour le sexe masculin, et à 35-39 ans pour le sexe féminin. Comme souligné précédemment, cette évolution du taux suggère l'existence d'autres causes congénitales. Mais il s'agirait vraisemblablement d'une sous-déclaration de sourds-muets aux jeunes âges, ou alors de l'effet d'une surmortalité de ces handicapés aux jeunes âges.

Tableau 3.7 : Taux de sourds-muets selon l'âge et le sexe (%)

Groupes d'âges	Taux de sourds-muets			Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin	Total	
0-4	1,5	1,3	1,4	116
5-9	2,4	2,1	2,3	118
10-14	2,9	2,6	2,8	128
15-19	3,0	2,6	2,8	103
20-24	2,9	2,6	2,7	90
25-29	2,9	2,7	2,8	81
30-34	3,1	3,1	3,1	79
35-39	3,2	2,8	3,0	99
40-44	3,3	3,3	3,3	97
45-49	4,0	3,8	3,9	108
50-54	4,0	3,9	3,9	95
55-59	4,8	3,9	4,4	140
60-64	5,0	4,5	4,7	94
65-69	5,6	6,2	5,9	99
70-74	7,3	7,5	7,4	83
75 +	11,7	10,6	11,2	113
Ensemble	3,0	2,8	2,9	103

Autres handicaps

Même si le taux des autres handicaps s'élève globalement à environ 6 %, il est difficile d'évaluer la fréquence des handicaps spécifiques classés dans cette catégorie et d'en dégager l'évolution selon l'âge. La nature composite de cette catégorie ne permet pas une analyse pertinente.

Tableau 3.8 : Taux d'autres handicaps selon l'âge et le sexe (%)

Groupes d'âges	Taux d'autres infirmités			Rapport de masculinité
	Masculin	Féminin	Total	
0-4	1,0	1,0	1,0	104
5-9	2,4	2,1	2,2	115
10-14	3,3	3,2	3,3	119
15-19	4,1	3,7	3,9	100
20-24	4,5	4,2	4,4	89
25-29	4,7	4,8	4,8	73
30-34	5,8	6,4	6,1	72
35-39	6,5	7,4	7,0	76
40-44	7,6	10,3	9,0	71
45-49	9,4	13,0	11,2	74
50-54	13,4	17,2	15,4	71
55-59	14,6	18,6	16,5	90
60-64	21,7	27,0	24,6	68
65-69	25,4	30,9	28,1	91
70-74	34,2	42,3	38,6	69
75 +	46,2	48,7	47,4	97
Ensemble	6,1	6,9	6,5	84

3.3. CARACTERISTIQUES D'EDUCATION SELON LE HANDICAP

L'analphabétisme et le manque d'instruction caractérisent les handicapés. Ils sont analphabètes à 86% et les femmes le sont plus que les hommes (97 % contre 79 %), les handicapés de la campagne plus que ceux de la ville (91 % contre 65 %). Les handicapés les plus affectés par l'analphabétisme sont les aveugles (92 %) et les moins affectés sont les infirmes des membres inférieurs (80 %), quel que soit le sexe ou le milieu de résidence.

S'agissant de l'instruction, la plupart des handicapés ne sont pas instruits (90 %). Ceux qui sont instruits n'ont atteint, pour l'essentiel, que le niveau primaire. Comme attendu, ce sont les aveugles qui sont les moins instruits de tous les handicapés (95 %), suivis des

déficients mentaux (91 %). Ceux qui sont relativement plus instruits sont les infirmes des membres inférieurs (97 %). Cette structure est la même en ville qu'en campagne.

L'existence d'une proportion relativement élevée de déficients mentaux instruits (28,5%) pose le problème d'antériorité des facteurs, le recensement n'ayant saisi la date d'apparition des handicaps. Cette remarque est sans doute valable aussi pour les autres handicaps.

Tableau 3.9 : Taux d'analphabétisme des handicapés selon le type de handicap, le sexe et le milieu de résidence

Type de handicap	Taux d'analphabétisme (%)								
	Urbain			Rural			Total		
	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.	Masc.	Fém.	Ens.
Aveugle	67,27	86,79	77,15	91,2	98,1	94,6	88,0	96,5	92,3
Sourd-muet	65,26	80,20	72,67	87,1	95,1	91,0	82,0	91,6	86,7
IMI	47,08	71,56	57,30	77,6	94,5	86,2	69,8	90,1	79,7
IMS	48,39	67,52	55,59	80,6	95,4	87,9	73,4	91,2	81,8
DM	63,90	83,08	71,52	90,5	98,0	94,4	85,4	96,1	90,6
Autres	53,47	78,59	65,04	84,1	97,6	91,6	79,5	95,5	88,2
Ensemble	55,04	77,27	64,93	84,3	96,6	90,7	78,6	93,7	86,2

Tableau 3.10: Répartition (en %) de la population des handicapés âgés de 6 ans et plus selon le niveau d'instruction et le type de handicap

Ensemble

Niveau d'instruction	Aveugles	DM	IMI	IMS	Sourd-M.	Autres
Sans Niveau	95,2	91,3	83,7	86,5	88,2	91,9
Primaire	3,2	4,2	9,3	8,0	7,7	5,0
Secondaire	1,3	3,3	5,0	4,0	3,0	2,4
Professionnel	0,2	0,4	0,9	0,6	0,4	0,4
Supérieur	0,2	0,9	1,1	0,9	0,7	0,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Urbain

Sans Niveau	79,7	71,5	62,0	62,6	72,6	67,0
Primaire	11,7	12,4	17,3	19,3	16,6	18,8
Secondaire	6,5	11,4	14,2	12,8	8,1	10,1
Professionnel	1,0	1,9	2,9	2,4	1,3	2,0
Supérieur	1,1	2,9	3,7	2,9	1,4	2,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Rural

Sans Niveau	97,5	95,1	90,4	92,1	93,0	95,5
Primaire	1,8	2,6	6,8	5,3	5,0	2,9
Secondaire	0,5	1,7	2,2	1,9	1,4	1,3
Professionnel	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2
Supérieur	0,1	0,5	0,3	0,4	0,5	0,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.4. ETAT MATRIMONIAL SELON LE HANDICAP

La majorité des personnes handicapées est mariée ou en union. Toutefois ce n'est pas le cas pour les déficients mentaux dont la proportion de célibataires atteint presque la moitié (48,8 %). C'est aussi parmi les déficients mentaux qu'on trouve une proportion relativement élevée de divorcés/séparés (5 %). Ce résultat s'explique par l'inaptitude totale de ce type de handicapés à diriger convenablement un ménage ou une famille ou par le caractère infamant de ce handicap.

Les handicapés les plus avantagés par rapport à la situation matrimoniale sont les infirmes des membres supérieurs (63,6 % de mariés) et les aveugles (61,8 % de mariés).

Ces différences montrent que les handicaps ne présentent pas les mêmes contraintes vis-à-vis du mariage. Il convient toutefois de tenir compte, dans l'appréciation de ces résultats, des erreurs probables ayant pu affecter tant la déclaration de l'état matrimonial que celle du handicap. L'état matrimonial, comme c'est le cas d'autres variables, pouvait être mal connu par le chef de ménage qui répondait le plus souvent à la place de la personne handicapée. Par ailleurs, la date d'apparition du handicap n'ayant pas été saisie lors du dénombrement, il est difficile de conclure formellement à une influence du handicap sur l'état matrimonial, car il se pose un problème d'antériorité des facteurs que seule une enquête peut permettre de résoudre.

Tableau 3.11: Répartition (en %) de la population des handicapés âgés de 12 ans et plus selon l'état matrimonial et le type de handicap

Ensemble

État matrimonial	Aveugles	D.M	IMI	IMS	Sourd-M	Autres
Jamais marié	11,1	48,8	28,0	24,7	32,2	19,0
Marié + Uni.L.	61,8	38,0	59,1	63,6	56,2	63,1
Div. + Sép.	2,4	5,1	2,7	2,6	2,4	2,6
Veuf/Veuve	24,6	8,0	10,2	9,2	9,1	15,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Urbain

Jamais marié	19,0	66,7	42,2	39,0	43,4	33,1
Marié + Uni.L.	57,3	22,8	47,7	52,2	47,5	54,9
Div. + Sép.	3,1	4,3	2,8	2,2	2,4	2,5
Veuf/Veuve	20,6	6,2	7,2	6,7	6,7	9,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Rural

Jamais marié	10,1	45,3	23,7	21,5	28,7	17,1
Marié + Uni.L.	62,4	41,1	62,5	66,1	59,0	64,2
Div. + Sép.	2,3	5,3	2,6	2,7	2,4	2,6
Veuf/Veuve	25,1	8,4	11,1	9,7	9,9	16,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.5. ACTIVITE ECONOMIQUE SELON LE HANDICAP

Comme celle des autres caractéristiques, l'analyse de l'activité économique des handicapés est tributaire de la qualité douteuse des données recueillies. Toutefois, il apparaît globalement que les sourds-muets sont les plus avantagés, avec une proportion de 52 % de personnes occupées, suivis des infirmes des membres inférieurs-(36 %) et des membres supérieurs (30 %). Les aveugles sont les plus défavorisés, avec une proportion d'à peine 3 % de personnes occupées et environ 96 % d'inactifs. En rapprochant cette dernière proportion avec celle des aveugles mariés qui est de 62 %, il se pose manifestement un problème de cohérence de données, dans la mesure où les aveugles mariés seraient en même temps inactifs, ce qui amènerait à s'interroger sur leurs moyens de survie.

Tableau 3.12 : Répartition (en %) de la population des handicapés âgés de 6 ans et plus selon le type de handicap, la situation individuelle par rapport à l'activité économique et le milieu de résidence

Ensemble

	Aveugles	D.M	IMI	IMS	Sourd-M	Autres
Occupés	2,9	15,4	36,1	30,4	52,3	36,2
Chôm.+RPE	0,7	0,9	1,3	1,2	1,0	0,8
Fem.au Foyer	6,0	6,3	8,4	8,2	8,2	7,9
Ret/rentier	2,1	0,4	1,3	1,4	0,9	1,0
Elèv/Etud.	1,7	2,1	8,7	6,8	7,0	3,6
Autres	86,7	74,8	44,1	52,0	30,5	50,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Urbain

Occupés	7,2	4,8	39,8	31,3	38,3	37,8
Chôm.+RPE	7,5	2,3	4,3	3,1	2,2	2,7
Fem.au Foyer	13,1	9,4	10,7	-	15,1	11,5
Ret/rentier	6,4	0,7	3,6	3,9	2,0	2,9
Elèv/Etud.	7,2	7,2	20,8	18,3	16,6	15,3
Autres	64,4	75,6	31,4	32,6	25,7	29,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Rural

Occupés	2,2	17,4	36,2	30,2	56,6	37,8
Chôm.+RPE	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	2,7
Fem.au Foyer	5,0	5,8	8,1	7,7	6,1	11,5
Ret/rentier	1,4	0,3	0,8	0,7	0,6	2,9
Elèv/Etud.	0,9	1,2	5,7	4,2	4,1	15,3
Autres	89,8	74,6	48,8	56,5	32,0	29,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

CHAPITRE 4

LA MIGRATION DES PERSONNES HANDICAPES

4.1. MIGRATION DUREE DE VIE

Sur les 129.399 personnes handicapées nées en Guinée et ayant déclaré leur préfecture de naissance, 14.900 résidaient hors de leur préfecture de naissance, soit 11,5%. Cette proportion est inférieure à celle de l'ensemble de la population (16,0%). Autrement dit le handicap constitue un frein aux déplacements des personnes affectées.

Sur les 33 préfectures de la Guinée, 14 ont des taux nets de migration positifs. En d'autres termes, ces préfectures bénéficient des échanges migratoires des personnes handicapées avec les autres préfectures. Il s'agit de Conakry (50,6%), Yomou (36,8 %), Guéckédou (28,4%), Fria (27,7%) qui ont les taux les plus élevés. Pour Conakry, ce fait peut être attribué à sa fonction de capitale politique et économique du pays ; en outre elle rassemble les principales infrastructures de santé et de promotion des handicapés du pays. En plus, cette ville attire des handicapés qui viennent bénéficier de la générosité d'une population plus aisée. Les préfectures de Yomou et de Guéckédou sont des préfectures frontalières du Liberia et de la Sierra-léone et de nombreux réfugiés comprenant des mutilés de guerre, en provenance de ces pays, s'installent dans ces préfectures.

Parmi les préfectures qui perdent dans les échanges migratoires, on peut citer principalement Kouroussa (-18,0) qui est le principal foyer de l'onchocercose en Guinée; Beyla (-11,6), Téliélé (-10,9), Faranah (-9,8) et Labé (-9,7).

L'examen des indices migratoires des personnes handicapées laisse apparaître la prédominance de Conakry (25,9) dans les échanges migratoires suivi de Guéckédou (12,9), Boké (9,1), Macenta (8,5) et Kindia (8,2). (tableau 4.1).

Tableau 4.1: Répartition des handicapés selon le lieu de résidence antérieur et le lieu de résidence actuelle

G1-PREFECTURE	RESIDENTS	NATIFS	N+R	Sortants	Entrants	Solde	Taux d'émigration	Taux d'immigration	Taux net de migration
Boffa	3885	4029	3488	541	397	-144	13,93	10,22	-3,71
Boké	6757	5707	5253	454	1504	1050	6,72	22,26	15,54
Conakry	8375	4141	3483	658	4892	4234	7,86	58,41	50,56
Coyah	1637	1523	1209	314	428	114	19,18	26,15	6,96
Dubréka	2726	2919	2412	507	314	-193	18,60	11,52	-7,08
Forécariah	4899	4590	4011	579	888	309	11,82	18,13	6,31
Fria	1246	976	814	162	432	270	13,00	34,67	21,67
Kindia	5586	5892	4864	1028	722	-306	18,40	12,93	-5,48
Télimélé	4853	5382	4694	688	159	-529	14,18	3,28	-10,90
Dalaba	5622	5918	5328	590	294	-296	10,49	5,23	-5,27
Gaoual	3626	3696	3454	242	172	-70	6,67	4,74	-1,93
Koubia	3308	3340	3161	179	147	-32	5,41	4,44	-0,97
Koundara	2064	1935	1815	120	249	129	5,81	12,06	6,25
Labé	6098	6688	5808	880	290	-590	14,43	4,76	-9,68
Lélouma	3959	4026	3810	216	149	-67	5,46	3,76	-1,69
Mali	5209	5382	5102	280	107	-173	5,38	2,05	-3,32
Mamou	7311	7829	6891	938	420	-518	12,83	5,74	-7,09
Pita	6192	6702	5951	751	241	-510	12,13	3,89	-8,24
Tougué	3007	3209	2891	318	116	-202	10,58	3,86	-6,72
Dabola	2127	2213	1870	343	257	-86	16,13	12,08	-4,04
Dinguiraye	3362	3614	3240	374	122	-252	11,12	3,63	-7,50
Faranah	2076	2280	1876	404	200	-204	19,46	9,63	-9,83
Kankan	4217	4291	3464	827	753	-74	19,61	17,86	-1,75
Kérouané	2120	1813	1532	281	588	307	13,25	27,74	14,48
Kouroussa	2486	2934	2290	644	196	-448	25,91	7,88	-18,02
Mandiana	2127	2116	1984	132	143	11	6,21	6,72	0,52
Siguiriri	3560	3603	3245	358	315	-43	10,06	8,85	-1,21
Beyla	2225	2484	2022	462	203	-259	20,76	9,12	-11,64
Guéckédou	7513	5377	5057	320	2456	2136	4,26	32,69	28,43
Kissidougou	3602	3340	2943	397	659	262	11,02	18,30	7,27
Lola	2130	1845	1742	103	388	285	4,84	18,22	13,38
Macenta	4880	3581	3324	257	1556	1299	5,27	31,89	26,62
N'Zérékoré	5061	4656	4246	410	815	405	8,10	16,10	8,00
Yomou	2083	1316	1222	94	861	767	4,51	41,33	36,82
Total	135929	129347	114496	14851	21433	-	-	-	-

4.2. DERNIERE MIGRATION

On compte 18511 personnes handicapées dont la dernière préfecture de résidence est différente de la préfecture actuelle de résidence, soit environ 14,75%, un peu moins que les 17,4% de la population totale.

La majorité des préfectures ont des gains dans les derniers échanges migratoires. On

peut citer principalement les préfectures de Yomou (+ 42,0), Guéckédou (+32,2), Conakry (+31,9), Macenta (+28,9). A part Conakry, toutes les autres préfectures sont frontalières au Liberia et la Sierra - Leone et ont eu à subir les récentes vagues de réfugiés. Cela est à la base des gains qu'ils ont obtenu dans les échanges migratoires. Les préfectures de Kouroussa (-11,2) et de Faranah (-10,0) sont celles qui ont perdu le plus dans ces derniers échanges migratoires. Quant aux indices migratoires, Conakry et Guéckédou restent les préfectures les plus dynamiques avec respectivement 25,9 et 11,2.(tableau 4.2).

Tableau 4.2: Répartition des handicapés selon le lieu de naissance et le lieu de résidence actuelle

G1-PREFECTURE	RESIDENTS	Rant	Rant+R ACT	Sortants	Entrants	Solde	Taux d'émigra- tion	Taux d'immigra- tion	Taux net de migration	Indice
Boffa	3885	3946	3399	547	486	-61	14,08	12,51	-1,57	3,57
Boké	6757	5649	5085	564	1672	1108	8,35	24,74	16,40	7,72
Conakry	8375	5703	3280	2423	5095	2672	28,93	60,84	31,90	25,96
Coyah	1637	1498	1131	367	506	139	22,42	30,91	8,49	3,01
Dubrêka	2726	2817	2312	505	414	-91	18,53	15,19	-3,34	3,17
Forécariah	4899	4563	3941	622	958	336	12,70	19,56	6,86	5,46
Fria	1246	1070	796	274	450	176	21,99	36,12	14,13	2,50
Kindia	5586	5818	4666	1152	920	-232	20,62	16,47	-4,15	7,15
Télimélé	4853	5059	4399	660	454	-206	13,60	9,36	-4,24	3,85
Dalaba	5622	5130	4567	563	1055	492	10,01	18,77	8,75	5,59
Gaoual	3626	3641	3352	289	274	-15	7,97	7,56	-0,41	1,94
Koubia	3308	3117	2927	190	381	191	5,74	11,52	5,77	1,97
Koundara	2064	1908	1752	156	312	156	7,56	15,12	7,56	1,62
Labé	6098	6401	5374	1027	724	-303	16,84	11,87	-4,97	6,05
Lélouma	3959	3543	3338	205	621	416	5,18	15,69	10,51	2,85
Mali	5209	5130	4848	282	361	79	5,41	6,93	1,52	2,22
Mamou	7311	7541	6608	933	703	-230	12,76	9,62	-3,15	5,65
Pita	6192	5823	5106	717	1086	369	11,58	17,54	5,96	6,23
Tougué	3007	2918	2620	298	387	89	9,91	12,87	2,96	2,37
Dabola	2127	2067	1725	342	402	60	16,08	18,90	2,82	2,57
Dinguiraye	3362	3440	3083	357	279	-78	10,62	8,30	-2,32	2,20
Faranah	2076	2284	1833	451	243	-208	21,72	11,71	-10,02	2,40
Kankan	4217	4156	3187	969	1030	61	22,98	24,42	1,45	6,90
Kérouané	2120	1870	1471	399	649	250	18,82	30,61	11,79	3,62
Kouroussa	2486	2764	2172	592	314	-278	23,81	12,63	-11,18	3,13
Mandiana	2127	2070	1922	148	205	57	6,96	9,64	2,68	1,22
Siguiiri	3560	3535	3150	385	410	25	10,81	11,52	0,70	2,75
Beyla	2225	2337	1862	475	363	-112	21,35	16,31	-5,03	2,89
Guéckédou	7513	5092	4674	418	2839	2421	5,56	37,79	32,22	11,25
Kissidougou	3602	3279	2763	516	839	323	14,33	23,29	8,97	4,68
Lola	2130	1715	1589	126	541	415	5,92	25,40	19,48	2,30
Macenta	4880	3481	3064	417	1816	1399	8,55	37,21	28,67	7,71
N'Zérékoré	5061	4427	3874	553	1187	634	10,93	23,45	12,53	6,01
Yomou	2083	1208	1098	110	985	875	5,28	47,29	42,01	3,78
	135929	125000	106968	18032	28961					

Rant = résidence antérieure ; RACT = Résidence actuelle.

En définitive, on constate que 11 % de la population résidente des personnes handicapées ont déclaré avoir quitté leur préfectures de naissance, alors que 16 % de cette population sont nés en dehors de leurs préfectures de résidence actuelle. Le déficit de quelques 5 % proviendrait de l'extérieur du pays, surtout des pays limitrophes victimes de troubles socio-politiques. Les déplacements des personnes handicapées se sont intensifiés pendant les dix dernières années tant au plan intérieur qu'extérieur.

CHAPITRE 5

LA FECONDITE DES FEMMES HANDICAPEES

Ce chapitre a pour objectif d'une part de déterminer le niveau de fécondité des femmes handicapées âgées de 12 à 49 ans à partir des naissances vivantes survenues dans leurs ménages au cours des 12 derniers mois ayant précédé le recensement et du nombre total d'enfants mis au monde. Etant donné que les informations recueillies sur le terrain comportent des erreurs dues à une mauvaise déclaration d'âge et à une mauvaise délimitation de la période des 12 derniers mois, les résultats comporteront quelques biais. Par conséquent, les taux observés de fécondité pourraient paraître plus faibles qu'ils ne le sont en réalité, à cause des omissions de naissances

5.1. FECONDITE DES FEMMES HANDICAPEES SELON L'AGE

En moyenne, une femme handicapée met au monde 3,8 enfants. Cet indicateur, comme on pourrait s'y attendre, est plus élevé en milieu rural (4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (2,7 enfants par femme). Cet indice est de 5,7 enfants pour la population totale. Par rapport à la population totale, on constate que la fécondité des femmes handicapées est en moyenne plus faible que celle des femmes saines. Autrement dit, l'apparition d'un handicap entrave en quelque sorte la capacité de reproduction d'une femme. Ce phénomène est certainement variable selon le handicap. Quant au profil de la fécondité par âge, le taux de fécondité est plus élevé chez les femmes handicapées âgées de 25 à 29 ans (178,4‰). En milieu urbain, les groupes d'âge les plus féconds sont 25-29 ans et 30-34 ans tandis qu'en campagne la fécondité est relativement plus précoce (les taux les plus élevés sont observés entre 20 et 29 ans). Il convient de signaler que sur 1000 filles handicapées de 15-19 ans, on compte 102 naissances, ce qui est aussi un signe de précocité.

Tableau 5.1: Taux de fécondité par âge et fécondité cumulée

Groupes d'âges	Guinée		Urbain		Rural	
	Taux	F. cumulée	Taux	F. cumulée	Taux	F. cumulée
12 – 14	4,5	0,01	1,7	0,01	5,5	0,02
15 – 19	91,9	0,46	57,8	0,29	101,9	0,51
20 – 24	151,0	1,21	88,6	0,73	170,4	1,36
25 – 29	178,4	2,11	104,2	1,25	195,6	2,34
30 – 34	138,2	2,80	113,2	1,82	143,6	3,06
35 - 39	101,5	3,30	89,0	2,26	103,7	3,58
40 - 44	58,2	3,60	54,8	2,54	58,8	3,87
45 - 49	37,4	3,78	38,8	2,73	37,2	4,06
I S F	-	3,78	-	2,73	-	4,06

5.2 PARITE DES FEMMES HANDICAPEES

Quant à la parité, elle augmente avec l'âge, quel que soit le milieu de résidence aussi bien pour l'ensemble des enfants nés vivants que pour les enfants survivants. La parité moyenne des femmes handicapées à 50 ans est de 3,8 enfants par femme. Elle présente un écart entre les femmes urbaines et les femmes rurales qui ont respectivement en moyenne 2,7 et 4,1 enfants.

Tableau 5.2 : Fécondité par âge et parité moyenne selon le milieu de résidence

Groupes D'âges	Parité		
	Guinée	Urbain	Rural
12 – 14	0,0	0,0	0,0
15 – 19	0,5	0,4	0,6
20 – 24	1,6	1,3	1,7
25 – 29	2,6	2,2	2,7
30 – 34	3,5	3,2	3,6
35 – 39	4,3	4,2	4,3
40 – 44	4,6	4,8	4,6
45 – 49	4,9	5,2	4,9
Ensemble	3,9	3,3	3,9

CHAPITRE 6

CARACTERISTIQUES DES MENAGES DIRIGES PAR DES HANDICAPES

6.1. IMPORTANCE NUMERIQUE DES MENAGES DIRIGES PAR LES HANDICAPES

Les ménages dirigés par des handicapés (34.972) représentent 3,3 % de l'ensemble des ménages recensés. L'on compte presque autant de femmes chefs de ménages handicapés (3,6%) que d'hommes (3,3%) sur l'ensemble des chefs de ménage. Toutefois, les femmes handicapées chefs de ménages ne constituent que 17 % de l'ensemble des chefs de ménages handicapés, ce qui correspond à peu près à la proportion des femmes chefs de ménages dans l'ensemble du pays.

Au niveau régional, la proportion de chefs de ménages féminins handicapés est enregistrée en Moyenne Guinée, en ville comme en campagne (30 % et 22 % respectivement) ; la plus faible est obtenue en Haute Guinée (13 % et 7 % respectivement). En définitive, la répartition des chefs de ménages handicapés suit le même schéma que la population totale. En d'autres termes, elle est marquée par la prépondérance des hommes (5 hommes pour une femme chef de ménage).

Tableau 6.1 : Répartition des ménages dirigés par des handicapés selon le sexe du chef de ménage, la région et le milieu de résidence

Régions	Urbain		Rural		Ensemble	
	M	F	M	F	M	F
Basse Guinée	85,6	14,4	88,6	11,5	87,9	12,1
Moyenne Guinée	70,3	29,7	78,0	22,0	77,6	22,4
Haute Guinée	86,8	13,2	93,4	6,6	90,7	9,3
Guinée Forestière	79,2	20,8	82,8	17,2	82,2	17,8
Conakry	85,4	14,6	-	-	85,3	14,7
Ensemble	81,7	18,3	83,7	16,3	83,4	16,6

6.2. STRUCTURE PAR SEXE ET PAR AGE SELON LE MILIEU D'HABITAT

Les taux de chefs de ménages augmentent avec l'âge. Insignifiants avant 20 ans, ils dépassent 25 % à partir de 60 ans. Autrement dit, à un âge avancé, au moins un quart des handicapés est contraint de se prendre en charge, alors qu'à cause de l'âge et surtout du handicap, ils devraient bénéficier de l'assistance familiale.

Évalué globalement à 25 %, le taux de chefs de ménages handicapés varie beaucoup entre les deux sexes, passent de 42 % pour les hommes à 8 % chez les femmes. Entre les deux milieux, c'est le taux masculin qui varie beaucoup (34 % en ville contre 44 % en zone rurale), tandis que celui des femmes reste relativement constant (9 % contre 8 %).

Tableau 6.2: Taux des chefs de ménages handicapés (par rapport à la population des handicapés) selon l'âge et le sexe par milieu de résidence

Groupes d'âges	Ensemble				Urbain				Rural			
	Masc.	Fém.	Ens.	RM	Masc.	Fém.	Ens.	RM	Masc.	Fém.	Ens.	RM
< 20 ans	0,5	0,2	0,3	325,9	0,4	0,3	0,3	177,8	0,5	0,1	0,3	400,0
20-59 ans	47,9	8,3	27,2	533,3	42,0	10,6	28,7	539,3	49,7	7,8	26,9	531,7
60 ans +	73,3	14,1	42,4	477,4	77,2	21,3	49,2	363,3	72,8	13,3	41,6	496,7
Pays	41,9	8,1	24,8	503,3	33,9	9,1	22,8	460,4	43,9	7,9	25,2	512,4

6.3. TAILLE DES MENAGES DIRIGES PAR DES HANDICAPES

La taille moyenne des ménages dont le chef est handicapé est relativement élevée, s'élevant à 6,4 personnes. C'est chez les hommes, surtout en milieu urbain, que la taille moyenne est plus grande (7,8 personnes) que chez les femmes. Cet indice se rapproche sensiblement de celui de la population totale qui est de 6,8.

Au plan régional, la Haute Guinée enregistre la taille la plus élevée (8,5 personnes). Conakry suit avec 7,6 personnes. La situation de la Haute Guinée peut s'expliquer par l'organisation sociale bâtie sur la famille élargie. Le plus âgé dans la lignée des pères est le

chef de concession ou de ménage quel que soit son état de santé. En moyenne Guinée par contre où l'habitat est dispersé, on observe la plus petite taille (5,4 personnes). Les épouses d'un homme polygame habitent dans des cases séparées.

Le sexe est un facteur important de différenciation de la taille des ménages. Ainsi, la taille des ménages dirigés par des femmes handicapées est deux fois moins élevées (3,8) que celle des ménages dirigés par les hommes (7,0). Cet écart s'observe aussi bien en milieu rural (3,4 contre 6,8) qu'en milieu urbain où il est moindre (5,4 contre 7,8). La situation précaire des femmes handicapées chef de ménage est perceptible à travers la taille plus petites de leurs ménages.

Tableau 6.3: Répartition de la population totale et des ménages dirigés par des handicapés selon le sexe et la région

Ensemble

Régions	Chefs de Ménage Masculins			Chefs de Ménage Féminins			Ensemble		
	Population	Nombre des ménages	Taille Moyenne	Population	Nombre des ménages	Taille Moyenne	Population	Nombre des ménages	Taille Moyenne
Basse Guinée	48.888	6.710	7,3	3.904	917	4,3	52.792	7.627	6,9
Moyenne Guinée	60.474	10.106	6,0	9.164	2.909	3,2	69.638	13.015	5,4
Haute Guinée	44.151	4.934	8,9	1.841	467	3,9	45.992	5.401	8,5
Guinée Forestière	33.474	5.275	6,3	4.979	1.137	4,4	38.453	6.412	6,0
Conakry	12.584	1.614	7,8	1.808	283	6,4	14.392	1.897	7,6
Ensemble	199.571	28.639	7,0	21.696	5.713	3,8	221.267	34.352	6,4

Urbain

Basse Guinée	9.332	1.199	7,8	1.115	201	5,5	10.447	1.400	7,5
Moyenne Guinée	2.510	373	6,7	625	158	4,0	3.135	531	5,9
Haute Guinée	5.268	620	8,5	768	162	4,7	6.036	782	7,7
Guinée Forestière	6.225	778	8,0	1.133	198	5,7	7.358	976	7,5
Conakry	12.584	1.614	7,8	1.808	283	6,4	14.392	1.897	7,6
Ensemble	35.919	4.584	7,8	5.449	1.002	5,4	41.368	5.586	7,4

Rural

Basse Guinée	39.556	5.511	7,2	2.789	716	3,9	42.345	6.227	6,8
Moyenne Guinée	57.964	9.733	6,0	8.539	2.751	3,1	66.503	12.484	5,3
Haute Guinée	38.883	4.314	9,0	1.073	305	3,5	39.956	4.619	8,7
Guinée Forestière	27.249	4.497	6,1	3.846	939	4,1	31.095	5.436	5,7
Conakry	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	163.652	24.055	6,8	16.247	4.711	3,4	179.899	28.766	6,3

CONCLUSION

Le recensement de 1996 a révélé qu'en Guinée, on compte environ 139.000 personnes présentant un handicap majeur, soit environ 2 % de la population totale. Ils comprennent 50,6% de femmes contre 49,3 % d'hommes. Par rapport au recensement de 1983, le nombre des handicapés aurait connu une augmentation de 2,2 % en moyenne par an. Autant que la proportion des handicapés, le taux de handicap est faible et varie de 2,9% en Moyenne Guinée à 0,8 % à Conakry. Il varie aussi selon le lieu de résidence, le milieu rural affichant un taux plus élevé de handicapés que le milieu urbain (2,3 % contre 1,2 %).

La pyramide des âges montre que dans l'ensemble, comme en milieu rural, les proportions les plus élevées se situent entre 5 et 10 ans chez les hommes et entre 55 et 60 ans chez les femmes. Tandis qu'en milieu urbain on observe une forte concentration des effectifs des deux sexes entre 10 et 30 ans. Mais ils décroissent progressivement avant de remonter à 55-59 ans chez les femmes.

Concernant l'état matrimonial, à tous les âges, les proportions de célibataires sont plus élevées parmi les handicapés, attestant l'accès difficile au mariage pour cette sous-population. Toutefois cela dépend aussi du type de handicap et du moment de l'apparition du handicap.

S'agissant de l'activité économique, environ les deux tiers des personnes handicapées sont inactives. Cela prouve que le handicap est un obstacle pour l'exercice d'une activité économique.

L'évaluation des types de handicap a abouti à 152.606 types pour les 139.000 personnes handicapées. Ceci montre que peu de personnes souffrent de plusieurs handicaps à la fois. Cinq catégories de handicap ont été considérées auxquelles une catégorie " autres handicaps " a été ajoutée. Le type de handicap le plus fréquent concerne l'infirmité des membres inférieurs.

L'analyse des caractéristiques des handicapés est confrontée à la difficulté de l'antériorité des facteurs, car le recensement ne permet pas de savoir si le handicap a précédé la caractéristique observée. Toutefois l'âge apparaît comme un facteur de différenciation

important des handicapés selon le type de handicap. Ainsi, la cécité frappe en majorité les personnes âgées (au-delà de 50 ans) alors que la déficience mentale affecte surtout les jeunes. Par ailleurs, l'infirmité des membres inférieurs frappe surtout les enfants et les jeunes. On notera aussi que l'analphabétisme est un véritable fléau parmi les handicapés dont une infime proportion seulement est instruite. Il concerne beaucoup les aveugles que les autres types de handicapés.

La participation des handicapés à l'activité économique est globalement importante, même si pour certains types comme les aveugles, elle est pratiquement négligeable. Mais faute d'instruction, la presque totalité des handicapés est employée dans le secteur primaire, notamment dans l'agriculture, l'élevage et la pêche pour la subsistance.

Le recensement a permis en définitive de faire une évaluation intéressante de la population des handicapés et des types de handicaps, nonobstant la présence d'une proportion élevée de handicaps non déterminés. Les résultats des analyses permettront certainement aux organismes gouvernementaux et non gouvernementaux œuvrant dans ce domaine de mieux orienter leurs interventions. L'éclairage apporté par le recensement est toutefois insuffisant, car les résultats trouvés suscitent de nombreuses interrogations par rapport à l'insertion socio-économique des handicapés, à la perception des handicapés par la société et à la perception du handicap par les handicapés eux-mêmes. Il est indispensable de mener des enquêtes spécifiques pour répondre à ces interrogations.

BIBLIOGRAPHIE

1. **BARRY Cellou**, Etude sociologique de la mendicité dans la ville de Conakry, Université de Conakry, 1988.
2. **Direction Nationale de Promotion et de la Protection Sociale**, Politique Nationale de l'Action Sociale. Conakry, Octobre 1997.
3. **Direction Nationale de Promotion et de la Protection Sociale**, Politique Nationale de réadaptation à base communautaire (RBC) en faveur des personnes handicapées. Conakry, Septembre 1992.
4. **NGWE Emmanuel et TATI Gabriel**, L'utilisation des résultats de recensements en Afrique : le cas du Cameroun. Les cahiers de l'IFORD, n° 12, Juillet 1996.
5. **Groupe des personnes handicapées, Direction des Politiques Sociales et du Développement**, Règles pour l'égalisation des chances des handicapés, Nations Unies, DC 2-1302, New York, Ny, 10017, USA, 1994
6. **DIAKITE Koumba**, Analyse de la situation du 3^{ème} âge, de l'enfance, des handicapés. Conakry, Mai 1991.
7. **KEITA Mohamed Lamine**, Les handicapés en Guinée. Distribution spatiale, structure par âge et sexe et niveau d'intégration sociale. Conakry, 9-13 mai 1989.
8. **OULARE A.**, Les handicapés dans la famille en Guinée : Problématique de l'éducation des enfants et adolescents handicapés, Séminaire National sur les jeunes handicapés, AGBEF, 1989.
9. **Service de la réadaptation professionnelle**, Recherche sur les édifices de vie et les activités économiques des personnes handicapées au Bénin, au Burkina Faso et en Guinée, BIT, Genève.