RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN PAIX-TRAVAIL- PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

******

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN « SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES »

******

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET INGENIERIE EDUCATIVE

******

Faculté des Sciences de l'Education

Département de l'éducation spécialisée

REPUBLIC OF CAMEROON

PEACE- WORK-FATHERLAND

******

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

******

DOCTORAL RESEARCH ANDTRAINING CENTRE (CRFD) IN "SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES'

******

DOCTORAL RESEARCH ANDTRAINING SCHOOL IN EDUCATION AND EDUCATIONAL ENGINEERING

******

Faculty of Education Department of Specialized Education

Barrières attitudinales et stratégies de coping des étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique

Mémoire soutenu le 30 juillet 2022 en vue de l'obtention du Diplôme de Master en psychologie

Spécialité : Psychologie du développement

Par :

Mariette FOMEKOUO MOUOME

Matricule : 18X3722

Titulaire d'une LICENCE ES LETTRES

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE UYI

Jury:

Qualités	Noms et grade	Universités
Président	MAYI MARC BRUNO, PR	UYI
Rapporteur	NJENGOUE NGAMALEU H R, MC	UYI
Examinateur	BANINDJEL JOACHEN, CC	UYI

NOTE D'AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Sommaire

Sommaire i

Remerciements vi

Liste des acronymes, sigles et abréviations vii

Liste des tableaux viii

Liste des figures ix

Résumé x

Abstract xi

0. INTRODUCTION GENERALE 1

0.1. Contexte de l'étude 2

0.2 Formulation du problème 5

0.3 Questions de recherche 6

0.4. Objectifs de l'étude 7

0.5 Intérêt de l'étude 8

0.6 Délimitation de l'étude 8

0.7 Présentation du travail 9

PREMIERE PARTIE : 10

Cadre conceptuel et théorique de l'étude 10

Chapitre 1 : Handicap physique et barrières attitudinales 11

1.1 Approches conceptuelles 12

1.2 Les types de barrières attitudinales 22

1.3. Les approches du handicap 25

1.4. La dimension sociale du handicap physique 30

1.5. L'éducation spécialisée et le handicap physique 31

Chapitre 2:Les stratégies de coping 33

2.1. Le concept de stratégies de coping 34
2.2. Les approches du coping 35
2.3. Les typologies de stratégies de coping 38
2.4. Les stratégies de coping utilisées par les étudiants en situation de handicap physique 41
DEUXIEME PARTIE : 42
Cadre méthodologique et empirique de l'étude 42
Chapitre 3: Méthodologie de la recherche 43
3.1. Présentation de l'université de Yaoundé I 44
3.2. L'instrument de recherche 44
3.3. Cadre conceptuel de la présente étude 45
3.4 L'échantillon et l'échantillonnage 46
3.5. Stratégie d'analyse 46
3.6. Les méthodes d'analyse 47
Chapitre 4:Présentation des résultats et discussion 49
4.1. Présentation des résultats 50
4.2 Les réactions contrastées des étudiants en situation de handicap face aux barrières attitudinales 55
4.3 Discussion des résultats 64
Conclusion générale 69
Références bibliographiques 71
ANNEXES 78
Tables des matières 85

A mon tendre époux Tamegye Isaac Noluiyeh

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été accompli sans les encouragements, la contribution, l'aide et l'inspiration d'autres personnes à qui je suis très redevable.

J’adresse ma profonde gratitude au professeur Henri Rodrigue Njengoué Ngamaleu, mon superviseur pour ses encouragements incommensurables, ses conseils, sa patience et son accompagnement tout au long de la rédaction de ce travail.

J'apprécie également le doyen de la faculté des sciences de l’éducation, le chef du département de l’éducation spécialisée et tous mes enseignants dont les enseignements et les conseils m’ont aidé énormément dans la réalisation de ce travail.

Ma profonde gratitude va à mon mari pour son soutien moral, intellectuel et financier incessant.

Je suis très reconnaissant à ma belle-mère bien-aimée, Mme Mary Liewo, qui était là tout le temps pour m'encourager et pour passer du temps avec mes filles afin que je puisse avoir le temps de me concentrer sur mes études.

Je remercie également mes parents, M. Luis Fomekouo, Mme Berthe Miagune, Mme Saturine Fomekouo, mes frères et sœurs pour leur soutien moral et spirituel. Mes remerciements vont également à tous les membres des familles suivantes: Tamegye, Fuh, Noyeh, Fomekouo, Nchangvi pour n'en citer que quelques-uns pour leurs prières, leurs aides financières et morales au cours de cette recherche

Je remercie énormément les étudiants en situation de handicap physiques qui ont accepté de participer à cette étude car sans leur coopération, je n'aurais pas obtenu de données.

Enfin, je remercie mon ainé académique M. Miterand Lieunou pour son soutien constant. Je ne saurai finir sans remercier mes amis et pairs du Département de l’éducation spécialisée pour leur disponibilité ainsi que mes amis Ferdinand Cho, Larissa Kwimi Satho, Raissa Mvondo, Estelle Mevo, Bridget Bemiati Isaiah Nying Syntia.

Liste des acronymes, sigles et abréviations

BUCREP: Bureau central des recensements et d'études de population

CIF: Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH: Classification internationale des handicaps

CRDPH: Convention relative aux droits des personnes handicapées

ECAM: Enquête camerounaise auprès des ménages

EDS-MIC : Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples

ESH : Etudiants en situation de handicap.

ESHP : Etudiants en situation de handicap physique

GIC-HANDYC : Groupe d'initiative commune des handicapés dynamique du Cameroun

HP : Handicap physique

INS: Institut national de la statistique

MINAS: Ministère des affaires sociales

MINESEC : Ministère de l'enseignement secondaire

MINESUP : Ministère de l'enseignement supérieur

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PPH: Processus de production du handicap

PSH : Personnes en situation de handicap

PSHP : Personnes en situation de handicap physique

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

SIMH: Système d'identification et de mesure des handicaps

UNCPRD : Convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées.

UNESCO : Organisation des nations unies pour L'éducation, la science et la culture.

Liste des tableaux

Tableau 1 : positionnement des points modalités sur les axes 52
Tableau 2: Classification des réactions face aux barrières attitudinales : typologie de coping 57

Liste des figures

Figure 1 : Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétro-actions). 45
Figure 2 : Les principales étapes de l'analyse de contenu, (Bardin,2013) 47
Figure 3: Représentation graphique et profil des étudiants en situation de handicap physique 53

Résumé

L'objectif général de cette étude est d'explorer les stratégies utilisées par les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés. Les barrières sont des difficultés ou désavantages qu'un individu rencontre dans son fonctionnement au sein d'un environnement donné. Ces restrictions peuvent être attitudinales d'où les barrières attitudinales (discrimination, stigmatisation, moqueries…). Nous notons que certains étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique sont confrontés à ces barrières. C'est ainsi, que pour analyser leurs réactions face à ces barrières, nous avons décrit trois aspects du coping à savoir : le coping centré sur les émotions, le coping centré sur le problème et le coping centré sur le soutien social, tel que développés par Lazarus et Folkman (1984), Ebata et Moos, (1994). Pour ce faire, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif avec lequel nous avons interviewé 32 étudiants en situation de handicap physique dans les trois facultés de l'université de Yaoundé I dont 12 femmes et 20 hommes, avec une moyenne d'âge de 27 ans. Puis, nous avons utilisé la méthode d'analyse de contenu pour faire analyser les données recueillies. Après cette analyse, nous avons retenu que ces derniers utilisent six types de coping pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés à savoir : le coping de confrontation, la recherche du soutien social, la réappropriation positive, l'évitement, le self-control et le soutien émotionnel. Ces stratégies de coping peuvent être classées en stratégies centrées sur le problème et sur les émotions. Aucune stratégie ne semble être meilleure. Toutefois, les stratégies de coping centré sur le problème permettraient à ceux-ci de surmonter facilement les attitudes négatives que les stratégies centrées sur les émotions. L'utilisation de ces stratégies de coping leur permet de supporter ou surmonter les attitudes discriminatoires, stigmatisantes et les préjugés de leur pairs et/ou enseignants à leur égards.

Mots clés **: barrières attitudinales, stratégies de coping ; étudiant, situation de handicap physique**

Abstract

The general objective of this study is to explore the strategies used by students of the University of Yaoundé I with physical disabilities to deal with the attitudinal barriers they face. Barriers are difficulties or disadvantages that an individual encounters in functioning within a given environment. These restrictions can be attitudinal (prejudices, stereotypes, discrimination, stigmatization, mockery, etc.). We note that some students of the University of Yaoundé I with physical disabilities are confronted with these barriers. Thus, to analyze their reactions to these barriers, we have described three aspects of coping namely: coping centered on emotions, coping centered on the problem and coping centered on social support, as developed by Lazarus and Folkman (1984), Ebata and Moos, (1994). To do this, we developed a semi-structured interview guide with which we interviewed 32 students with physical disabilities in the three faculties of the University of Yaoundé I including 12 women and 20 men, with an average age of 27. Then, we used the content analysis method to analyze the collected data. After this analysis, we have retained that the latter use six types of coping to face the attitudinal barriers they are confronted with, namely: confrontational coping, seeking social support, positive reappropriation, avoidance, self-control and emotional support. These coping strategies can be classified into problem-focused and emotion-focused strategies. No strategy seems to be better. However, problem-centered coping strategies would allow them to easily overcome negative attitudes than emotion-focused strategies. Using these coping strategies allows students with physical disabilities to manage or overcome discriminatory, stigmatizing attitudes and prejudices from their peers and / or teachers towards them.

***Keywords*: attitudinal barriers, coping strategies; student with physical disability**

0. INTRODUCTION GENERALE

Dans cette introduction générale, nous parlerons du contexte de l'étude, de la formulation et de la position du problème, des objectifs de l'étude, des intérêts de l'étude et enfin de la délimitation de l'étude.

0.1. Contexte de l'étude

Les personnes en situation de handicap peuvent être trouvées dans toutes les sociétés, toutes les cultures et toutes les communautés dans le monde. Ils ont droit au respect et au soutien nécessaire à leur participation totale dans la société. Pourtant, souvent, à cause de l'environnement ou de certaines attitudes sociales, ils n'ont pas accès à ces droits. Actuellement, plus d'un milliard de personnes, c'est-à-dire environ 15% de la population mondiale, présentent une forme d'handicap. Entre 110 et 190 millions de personnes adultes ont des difficultés importantes sur le plan fonctionnel (OMS, 2016). D'après l'OMS (2011), les croyances et les préjugés créent des barrières à l'éducation, à l'emploi, aux soins de santé et à la participation sociale. Par exemple, les attitudes des enseignants, du personnel administratif des écoles, des autres enfants et même des membres des familles affecteraient les personnes en situation de handicap physique.

Historiquement, les personnes handicapées physiques ont été marginalisées et privées d'opportunités de participation équitables, y compris l'accès à l'enseignement supérieur. Ils ont été victimes de crimes au sein des institutions de la société, principalement en raison de facteurs psychologiques négatifs tels que des attitudes négatives comme les préjugés, des stéréotypes et des stigmates (Hughes, 2005). Globalement, D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2011a), « les personnes en situation de handicap physique sont parmi les groupes les plus marginalisés au monde…les Personnes handicapées ont de moins bons résultats sur le plan de la santé, des résultats scolaires inferieurs, une participation économique moindre et des taux de pauvreté plus élevés que les personnes non handicapées».

De nombreux pays ont promulgué des lois progressistes qui garantissent les droits des personnes handicapées à l'éducation et particulièrement de l'enseignement supérieur. Au Cameroun par exemple, l'État a assuré des services aux étudiants handicapés par le biais des lois portant protection et promotion des personnes handicapées. Le Cameroun a aussi signé et ratifié de nombreuses conventions internationales sur le handicap telles que la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH), adoptée par les Nations Unies en 2006 entrée en vigueur en 2008, avec pour objet de « promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale

jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque ». Sur le plan national, l'Etat a créé le Ministère des Affaires Sociales (MINAS) pour le traitement social du handicap. On a également assisté à la promulgation de la loi no 83/013 du 21 juillet 1983, en 1985 relative à la protection des personnes handicapées et de son décret d'application n°90/1516 du 26 Novembre 1990. Ces dispositions prévoient un certain nombre de privilèges aux personnes handicapées parmi lesquels on retrouve une assistance médicale, matérielle, financière et psychosociale ; l'exemption des frais de scolarité pour leurs enfants, et autres formes d'aide en fonction du degré du handicap et l'accès aux institutions spécialisées pour ne citer que ceux-là. Ces dispositions réglementaires sont d'ailleurs complétées par la loi du 13 (Article 29 : 1, 2, 3) relative à la protection et la promotion des personnes handicapées. Au niveau supérieur, on note la circulaire conjointe No08/006/LC/MINESUP/MINAS du 08 juillet 2008 relative au renforcement de l'amélioration des conditions d'accueil ou au renforcement des étudiants handicapés ou vulnérables dans les universités d'Etat du Cameroun.

Le Groupe d'initiative commune des handicapés dynamique du Cameroun (Gic-Handyc) et la Coordination des associations des étudiants handicapés des universités du Cameroun estime a 15% (environ 3 millions de personnes) de la population camerounaise est handicapée. 78,4% atteignent le niveau du Cours moyen 2 (Cm2) et 3% ont accès à l'enseignement supérieur. L'étudiant en situation de handicap physique (ESHP) est de plus en plus au devant de la scène dans les établissements d'enseignement supérieur. Malgré les dispositions réglementaires qui visent l'amélioration de leurs conditions de vie, ils sont parfois victimes de discriminations de divers ordres (l'inadéquation des structures par rapport à leur état physique, les attitudes négatives et les politiques institutionnelles…). En effet, Les étudiants, les professeurs, les gestionnaires, des partenaires externes, de même que, dans bien des cas, les parents devraient contribuer à l'inclusion de cette population.

La distribution selon la typologie du handicap indique que les (PSHP) constituent le pourcentage le plus élevé à l'université. Ainsi, à cause de son aspect « immédiatement visible », le handicap physique (HP) agit directement sur la formation des impressions des individus (Rohmer et Louvet, 2006). Il est plus facile de remarquer une personne en fauteuil roulant par exemple ou qui se déplace à l'aide d'une canne parmi plusieurs personnes valides. Cependant, si le processus

perceptif met en surbrillance les PSHP, l'effet retour lors du jugement social qui s'ensuit n'est pas toujours en leur faveur. Ainsi, les attitudes vis-à-vis d'elles consistent en des regards empreints de stigmatisations.

Le principal défi des ESHP à s'inclure en milieu universitaire est l'inaccessibilité des bâtiments et les attitudes négatives. Les bâtiments dans la plupart des universités ne tiennent pas en compte les étudiants en situation de handicap physique, ceci empêche leur inclusion en milieu universitaire. L'étude réalisée par Chataika (2010) a révélé que les étudiants handicapés de l'enseignement supérieur continuent de faire face à des barrières attitudinales, d'inaccessibilité et institutionnels mais qu'ils ont également la capacité de développer des mécanismes qui les aident à atteindre leur but. Une attitude positive et des compétences d'autoreprésentation ont été considérées comme les facteurs les plus importants pour déterminer la réussite des étudiants handicapés à l'université.

Toutefois, on note dans la littérature que l'individu confronté à des demandes physiques et psychologiques très intenses, répond par des stratégies comportementales et cognitives appelées, en anglais, coping, en français, faire face ou adaptation. Le grand dictionnaire de la psychologie définit le concept de coping comme étant un processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussit à la maîtriser. Dans une recension détaillée des écrits sur ce sujet, Skinner et al. (2003) s'entendent pour dire que le coping remplit deux fonctions : résoudre le problème ou altérer les sources de stress et réguler la détresse causée par ces sources de stress. De ces deux fonctions est née une classification du coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions. De ce fait, l'ESHP élabore un ensemble de réponses ou réactions pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer les attitudes négatives de certains membres de la communauté éducative à son égard.

Les recherches sur le handicap en milieu scolaire se sont intéressées davantage aux cas des élèves en situation de handicap, soit pour adapter les curricula et la formation des enseignants aux pratiques éducatives inclusives (Ainscow, 2005a, 2005b; UNESCO, 2009; Vienneau, 2006), soit pour apprécier les perceptions, les attitudes et les comportements des autres enfants dits normaux vis-à-vis d'eux (Mand, 2007), soit pour révéler comment l'inclusion scolaire participe à construire une inclusion sociale (Thomazet, 2008). Cependant, très peu de recherches se sont

intéressées aux stratégies utilisées par ces derniers pour faire face aux barrières attitudinales. Pourtant, à partir des observations empiriques sur la situation des personnes handicapés plus précisément des ESHP dans les universités dans le monde en général et au Cameroun en particulier , on note que ces derniers, autant que les élèves en situation de handicap, subissent des obstacles à leur inclusion liés aux attitudes stigmatisantes, discriminatoires de la part de leurs pairs non handicapés et même de leurs enseignants. De ce fait, Cette étude vise à rendre compte des stratégies que les étudiants en situation de handicap physique développent pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés.

0.2 Formulation du problème

Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) dénombre la population des personnes handicapées au Cameroun à 1,5%, soit 262 119 personnes handicapées sur une population totale de 17 463 836 d'habitants (BUCREP, 2010). Ces statistiques ont augmenté au fil du temps, si l'on tient compte de l'enquête par grappes à indicateurs multiples réalisée par EDS-Mics (Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples) de Janvier à Août 2011 qui estime la population handicapée du Cameroun à 5,4% de la population totale (INS, 2011). Malgré les changements dans la législation de nombreux pays et le développement de programmes pour les étudiants handicapés, en reconnaissance de l'importance de l'enseignement supérieur pour les individus, les familles et la société en générale, les études ont découverts un faible taux d'inscription et l'abandon scolaire élevé en première année (Mpofu & Wilson, 2004 ; Dutta et al., 2009). Le faible taux d'inscription et le taux élevé d'abandon peuvent être compris comme le résultat d'une accessibilité inadéquate des établissements d'enseignement supérieur, du manque de soutien social, d'attitudes sociales défavorables et de l'isolement social, ainsi qu'une faible capacité financière (Foreman et al ; 2001; Mpofu & Wilson, 2004).

Les ESHP sont présents dans les établissements d'enseignement supérieur, ils éprouvent généralement des difficultés importantes à s'inclure causé par des attitudes négatives telles que les stigmatisations, les discriminations, les stéréotypes, les préjugés etc. Ces attitudes négatives créent un environnement défavorable dans tous les domaines (OMS et banque mondiale, 2011, pp. 193, 262). En effet, on constate que certains étudiants en situation de handicap physique sont victimes d'harcèlement, d'intimidation, de moqueries, ils sont taxés de faiblard, de sorcier

« d'Eboa » de « mancho », de « mumu » par leurs pairs et voir même leurs enseignants. Lorsque ces derniers passent, nous pouvons entendre des commentaires à leurs égards comme : « Pauvre de lui! Sa situation est si triste! Est-il né comme ça ? Il n'aurait jamais dû naître! Attrape-moi si tu peux! Etc. ».

Néanmoins, on observe qu'ils ne subissent pas passivement ces attitudes négatives, ils réagissent en élaborant des stratégies pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Ces stratégies sont appelés stratégies de coping. Le coping peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir de cognition (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations,...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse,...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide,...). Par exemple, lorsqu'un ESHP est méprisé par ses camarades, il peut élaborer certaines pensées (distordre la réalité et prétendre que rien ne s'est passé), évacuer ses émotions (exprimer la détresse ou sa colère,...), essayer d'agir (s'informer, consulter d'autres spécialistes,...). Tout ceci permet au sujet confronté à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable. On note dans la littérature que, les stratégies de coping les plus souvent observés au cours du développement sont le coping centré sur le problème, le coping centré sur les émotions développé par Lazarus et Folkman (1984) et le coping de type «approche» ou «évitement» par (Ebata et Moos, 1994) et le coping centré sur le soutien social.

C'est de ce constat que cette étude porte sur les barrières attitudinales et les stratégies de coping des étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique. D'où l'interrogation suivante : Quelles sont les stratégies utilisées par les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés?

0.3 Questions de recherche

0.3.1 Question de recherche principale

Quelles sont les stratégies de coping utilisées par les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés?

0.3.2 Questions de recherche spécifiques

Question de recherche 1 : en quoi le soutien social aiderait les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique à faire face aux préjugés et stéréotypes auxquelles ils sont confrontés?

Question de recherche 2: comment est-ce que les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique utilisent le coping centré sur le problème pour tolérer les moqueries?

Question de recherche 3 : dans quelle mesure est-ce que les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique utilisent le coping centré sur les émotions pour surmonter les attitudes discriminatoires et stigmatisantes auxquelles ils sont confrontés?

0.4. Objectifs de l'étude

Nous distinguerons pour cette étude l'objectif général des objectifs spécifiques.

0.4.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'explorer les stratégies utilisées par les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés.

0.4.2. Objectif spécifique

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- Décrire le soutien social que les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique utilisent pour faire face aux préjugés et stéréotypes auxquelles ils sont confrontés
- Explorer le coping centré sur le problème que les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique usent pour tolérer les moqueries.

- Analyser le coping centré sur les émotions que les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique exploitent pour surmonter les attitudes stigmatisantes et discriminatoires à leurs égards.

0.5 Intérêt de l'étude

L'intérêt d'une étude c'est l'utilité, l'importance, le profit que l'on peut tirer de l'étude. Ce sujet sera important à quatre niveaux : au plan personnel, académique, scientifique et social.

Intérêt personnel : nous sommes émerveillés par la croissance de la population des ESHP dans nos universités. Notre curiosité intellectuelle nous a poussés à nous interroger sur les stratégies de coping qu'ils utilisent pour faire face aux attitudes parfois négatives de la communauté éducative universitaire à leurs égards.

Intérêt académique et scientifique :

Académiquement cette recherche est une réponse à l'exigence de la faculté des sciences de l'éducation, département de l'éducation spécialisée, spécialité handicap sociaux et conseil de l'Université de Yaoundé I qui demande à tout étudiant en cycle master de rédiger un mémoire pour l'obtention d'un diplôme de master.

Quant à l'intérêt scientifique de cette recherche, il réside en ce que le sujet cadre avec notre formation en sciences de l'éducation et il consistera à mettre à la disposition des futurs chercheurs du même domaine, un document qui leur servira de référence dans leurs recherches. Ce travail permettra aussi de combler l'insuffisance des écrits sur les stratégies de coping utilisées par les ESHP pour faire face aux barrières attitudinales à leur égard en milieu universitaire.

Intérêt social : Notre étude comportera des analyses et des suggestions qui aideront ou faciliteront l'inclusion des étudiants en situation de handicap physique à l'université. Notre étude permettra aussi à la communauté éducative universitaire en générale de changer les attitudes qu'elles ont vis-à-vis des étudiants en situation de handicap physique.

0.6 Délimitation de l'étude

Délimiter une étude revient à dire ce qu'on ne va pas faire et justifier. Cette recherche pourrait s'étendre sur toute l'étendue du territoire national car le problème d'inclusion des étudiants en situation de handicap physique peut s'observer dans toutes les universités publiques et privées

des dix régions du pays accueillant ces derniers. Néanmoins, compte tenu d'un certains nombres de contraintes comme celui de temps, des moyens financiers et matériels limités, nous ne pourrions pas l'étendre. Nous allons délimiter notre étude dans l'espace, le temps et dans le domaine.

Délimitation spatio-temporelle

Dans l'espace, notre travail va se limiter dans la région du centre plus précisément à l'université de Yaoundé I. Le choix de cette institution est lié au fait qu'on y recense un nombre considérable d'étudiants vivant avec un handicap physique. Dès lors, nous allons analyser les stratégies de coping que les étudiants en situation de handicap physique à l'université de Yaoundé I utilisent pour faire face aux attitudes négatives comme les stéréotypes, les préjugés, les discriminations des personnes de la communauté éducative. Dans le temps, notre sujet couvre la période allant de l'an 2019 à l'an 2020.

Délimitation thématique

Notre sujet «Barrières attitudinales et stratégies de coping des étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique» se situe dans le domaine de l'éducation spécialisée faisant objet de notre formation universitaire plus précisément au cœur des problématiques de la spécialité du handicap social en ce sens, qu'il s'intéresse aux stratégies de coping utilisées par les ESHP pour surmonter les attitudes négatives de certains membres de la communauté universitaire à leur égard. Ceux-ci seraient en situation de désavantage dans ce milieu à cause de leur incapacité d'où la nécessité du changement d'attitude des maillons de la chaine éducative ainsi que l'utilisation des stratégies de coping qui permettrait leur pleine participation dans ce milieu estudiantin.

0.7 Présentation du travail

Ce travail de recherche est subdivisé en deux parties à savoir : le cadre conceptuel et théorique de l'étude et le cadre méthodologique et empirique de l'étude.

S'agissant du cadre conceptuel et théorique, il est composé de deux chapitres. Le chapitre I est intitulé handicap physique et barrières attitudinales et le chapitre II est titré les stratégies de coping. Tandis que, le cadre méthodologique et empirique de l'étude comprend deux chapitres à savoir la méthodologie de la recherche et la présentation des résultats et discussion.

PREMIERE PARTIE :
Cadre conceptuel et théorique de l'étude

Chapitre 1 : Handicap physique et barrières attitudinales

Le handicap fait partie de la vie et les personnes handicapées peuvent être trouvés dans toutes les sociétés, toutes les cultures et toutes les communautés de part le monde. Ils ont droit au respect et au soutien nécessaire à leur participation totale et leur égalité dans la société. Pourtant, souvent, à cause de l'environnement ou de certaines attitudes sociales, ils n'ont pas accès à ces droits. Actuellement, plus d'un milliard de personnes, c'est-à-dire environ 15% de la population mondiale, présentent une forme ou une autre de handicap. Entre 110 et 190 millions de personnes adultes ont des difficultés importantes sur le plan fonctionnel (OMS, 2016). Selon Stone & Colella (1996), les attitudes et comportements à l'égard des personnes en situation de handicap peuvent varier considérablement selon la nature de la déficience. Aussi, d'après l'OMS (2011) les croyances et les préjugés créent des barrières à l'éducation, à l'emploi, aux soins de santé et à la participation sociale. Par exemple, les attitudes des enseignants, du personnel administratif des écoles, des autres enfants et même des membres des familles affectent l'inclusion des enfants handicapés dans les écoles ordinaires. C'est dans cette optique que dans cette étude, nous nous intéresserons aux étudiants en situation de handicap physique (ESHP) à l'université de Yaoundé I. De ce fait, dans ce chapitre nous présenterons tour à tour la notion de handicap, de handicap physique, de situation de handicap, d'attitudes, de comportement, les barrières attitudinales à l'égard de ces derniers ainsi que la situation de le handicap au Cameroun et plus précisément le handicap physique.

1.1 Approches conceptuelles

1.1.1 La notion de handicap: définition et classification

Le handicap est un évènement imprévisible et non envisageable ainsi, il peut survenir à tout moment dans la vie d'un individu. L'individu peut naitre avec un handicap (moteur, visuel, sensoriel) ou bien il peut apparaitre au cour de la vie soit à la suite d'un accident ou d'une maladie qui entraine souvent chez certaines personnes des séquelles invalidantes qui conduisent à des situations qui vont de l'ordre d'une paralysie à une amputation des membres inférieurs ou supérieurs. Le mot "*Handicap*" emprunté en 1827, vient de l'expression anglaise "*hand in cap*", signifiant "*main dans le chapeau*". Historiquement, le handicap se définissait par opposition à la maladie. Le patient était malade tant que son problème pouvait être pris en charge médicalement, il était réputé handicapé une fois devenue incurable.

En 1980, L'OMS (Genève) publie en Anglais à titre expérimental, un document élaboré par Philip Wood dans lequel ce dernier transforme radicalement la vision du handicap en le définissant comme un désavantage dont est victime un individu pour accomplir un rôle social normal du fait de sa déficience ou de son incapacité. Sa réflexion aboutira en 1982 à la Nouvelle Classification Internationale des handicaps (CIH1). Wood distingue 3 notions, 3 champs dans le handicap :

- La déficience : elle concerne l'individu et fait référence à la perte ou au dysfonctionnement. Il s'agit ici de l'aspect lésionnel du handicap qu'on peut traduire par une perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique.

- L'incapacité : elle est la conséquence de la déficience, l'écart à la norme. Elle indique la réduction de l'activité normale. C'est la situation de la personne qui par suite de la déficience (durable ou momentanée) se trouve dans l'incapacité de produire certains gestes.

- Le désavantage évoque le côté social du handicap, situationnel. Ce terme désigne l'impossibilité de la personne à remplir les rôles sociaux attendus ou auxquels elle peut aspirer.

Dans son Préambule, la Convention relative aux droits des personnes handicapées(CRDPH) reconnaît que « la notion de handicap évolue », et souligne aussi que « le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des déficiences et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Dans les années 1990, le Forum des associations représentatives de personnes handicapées proposait, une définition du handicap, remarquable par la synthèse qu'elle réalise : Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration. Dans cette approche, tous les termes sont importants : le handicap n'est plus un phénomène statique mais dynamique, un processus (apparaît) qui résulte de la combinaison (interaction) de deux séries de facteurs : individuels (déficience et limitation fonctionnelle) et sociaux (barrière), l'accent étant mis sur la résultante sociale (intégration) de cette combinaison.

En outre, Le Système d'identification et de mesure des handicaps (SIMH), élaboré par le médecin et anthropologue français Claude Hamonet en collaboration avec une consœur portugaise et publié en 2001, est une proposition d'identification quantifiée internationale des éléments constitutifs des handicaps, conçue dans une finalité plus directe d'évaluation (en expertise du dommage corporel notamment), qui s'appuie sur une définition du handicap assez proche ; elle intègre l'environnement au sein de « situations de la vie » plus qu'elle ne l'articule dans une interaction avec les facteurs individuels). Il y a handicap chaque fois que la personne rencontre, à un moment donné, un obstacle (partiel ou total) dans l'accomplissement d'une ou de plusieurs activités. Ces obstacles peuvent être la conséquence d'une modification du corps, des capacités ou de sa subjectivité, mais aussi des situations particulièrement exigeantes ou contraignantes pour l'individu.

La CIF(classification international du fonctionnement du handicap et de la santé OMS 2001), Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant." La CIF a permis de mieux comprendre et de mieux évaluer le handicap. Elle met en évidence le poids des facteurs environnementaux sur le handicap, ce qui constitue la principale différence par rapport à sa version précédente, la Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages(CIH). D'après La nouvelle édition les problèmes de fonctionnement humain relèvent de trois domaines liés les uns aux autres :

-Les déficiences, qui désignent des altérations des fonctions organiques ou des structures anatomiques, telles que la paralysie ou la cécité.

-Les limitations d'activités, qui désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer dans une activité (marcher, manger, etc.).

-Les restrictions de participation, qui désignent les problèmes qu'un individu peut rencontrer pour participer à une situation de la vie courante, tels que les discriminations à l'embauche ou l'inaccessibilité des transports.

La loi de 2005 propose enfin une définition du handicap: Art. L. 114 du code de l'action sociale et des familles : «Constitue un handicap, au sens de la présente loi : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant».

La classification des handicaps est établie à l'aide de 5 catégories :

Le handicap moteur : Il se caractérise par une capacité limitée pour un individu de se déplacer, de réaliser des gestes, ou de bouger certains membres. L'atteinte à la motricité peut être partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine. Les causes peuvent être très variées : maladie acquise ou génétique, malformation congénitale, traumatisme dû à un accident, vieillissement... Exemples : Paralysies, amputations, infirmité motrice cérébrale, spina bifida, myopathie.

Le handicap sensoriel : il fait référence aux difficultés liées aux organes sensoriels. Ainsi, on distingue deux types de handicap sensoriel à savoir:
- Le handicap visuel : qui sous-entend une déficience de la fonction visuelle Exemples : cécité et malvoyance, amblyopie, achromatopsie...
- Le handicap auditif : qui désigne une perte partielle (mal entendant) ou totale de l'audition. Un handicap qui peut parfois entraîner des troubles de la parole. Exemple : surdité

Le handicap psychique : Il se définit par l'atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs et émotionnels, soit une perturbation dans la personnalité, sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles. Exemples : schizophrénie, maladies bipolaires, Hypochondriaques,...

Le handicap mental : Il s'agit d'une déficience des fonctions mentales et intellectuelles, qui entraîne des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation, conduisant automatiquement à des problèmes d'expression et de communication chez la personne atteinte. Exemples : Autisme, Trisomie 21, Polyhandicap,...

Les maladies invalidantes : Ce sont des maladies qui, de part leurs effets sur l'organisme, peuvent générer un handicap, et évoluer dans le temps. On peut notamment citer les maladies respiratoires, digestives, ou infectieuses. Exemples : Epilepsie, Sclérose en plaque,...

1.1.2 Le handicap physique

Un handicap physique est toute espèce d'incapacité ou de maladie qui désavantage une personne par rapport à la plupart des autres. Bien sûr, nous sommes tous malades de temps en temps, par exemple à cause d'une grippe ou d'un mal de gorge, et nous nous absentons pour cela de l'école ou du travail. Mais un handicap physique a un effet plus durable sur la vie de celui qui en souffre. Il faut des efforts spéciaux pour vivre avec les problèmes causés par un handicap physique.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît différents types de handicap dont le handicap moteur, sensoriel, mental, cognitif et psychique. Dans notre étude, nous mettrons l'accent sur le handicap physique.

Les handicapés physiques sont, en général, catégorisés selon trois types de déficiences définis comme suit, selon l'annuaire MINAS 2011 (INS, 2012).

- La déficience motrice: elle représente l'image même du handicap dans l'imaginaire collectif des membres d'une société où cette forme de handicap est la plus illustrative. Elle recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Certaines déficiences motrices d'origine cérébrale peuvent également provoquer des difficultés pour s'exprimer, sans altération des capacités intellectuelles. Elle peut toucher un ou plusieurs membres, voire l'ensemble du corps. Les personnes atteintes de cette forme de handicap se déplacent soit debout en s'aidant d'un appui, soit en fauteuil roulant, soit sont totalement dépendantes sans autonomie de déplacement. En pratique, le handicap moteur engendre une gêne ou un empêchement dans les déplacements, la préhension d'objets et parfois la parole.

- La déficience visuelle : elle recouvre des réalités variées s'échelonnant d'un trouble visuel à une cécité complète. Elle est caractérisée, d'une part, par le porteur de verres correcteurs pour ce qui est des personnes malvoyantes et pour qui l'on n'observe pas de restriction de participation

sociale du fait qu'elle soit compensable et, d'autre part, par la personne aveugle dont le mal, du fait de son caractère saillant, apparaît aux yeux de l'opinion comme l'unique forme de handicap visuel.

- La déficience auditive est moins visible que la déficience visuelle, elle est caractérisée par les personnes sourdes, et les personnes sourdes-muettes. Cette déficience, qu'elle soit de naissance ou dû à une maladie ou à un accident, compromet sensiblement la communication et l'accès à l'information, si l'environnement ne s'y prête pas. La personne sourde ou malentendante développe sa propre stratégie pour contourner son handicap et communiquer. Face à ce handicap peu visible et trop souvent sous-estimé, les personnes concernées réagissent parfois en évitant les contacts ou parfois en s'isolant progressivement.

1.1.3 La situation de handicap

Dès 1988, Fougeyrollas et ses collaborateurs québecois commençaient une procédure de révision de la CIH, et publiaient en 1996 une classification complète : le Processus de production du handicaps (PPH), adoptant une définition similaire du handicap (le terme générique neutre d'habitude de vie étant retenu pour désigner les dimensions positives (participation) et négatives (situation de handicap) : une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). Une personne peut ainsi se retrouver en « situation de handicap » lorsqu'elle rencontre des obstacles à la réalisation de ses activités de la vie courante, par exemple pour se déplacer, suivre une formation ou travailler. La situation de handicap peut évoluer au cours de la vie d'une personne et être variable selon les obstacles qu'elle rencontre ou non dans son environnement pour réaliser ses activités.

La situation de handicap se définit donc par une situation de réduction de la participation sociale résultant d'une interaction entre les déficiences et incapacités de la personne et les obstacles physiques et sociaux de son environnement. Cette notion de situation concerne toute personne, qu'elle soit dite handicapée ou non. La «situation de handicap» résulte de l'inadéquation entre les aptitudes, les besoins d'une personne dans son environnement humain et naturel et une tâche à accomplir ou un objectif à atteindre.

Une situation de handicap est donc la non-réalisation ou la réalisation partielle des habitudes de vie d'une personne. L'expression a une portée beaucoup plus large en ce sens qu'elle englobe les personnes ayant des incapacités significatives et persistantes, de même que celles ayant des incapacités temporaires ou légères. À titre d'exemple, une personne se déplaçant en béquilles des suites d'une intervention médicale et rencontrant des obstacles pour se déplacer est en situation de handicap, sans toutefois être handicapée.

1.1.4 Le concept d'attitude et de comportement

L'attitude c'est une manière d'être qui manifeste certains sentiments. Une attitude renvoie à une représentation mentale qui résume notre évaluation à l'égard d'un objet. Elles constituent une partie centrale de notre individualité. Dans la mesure où elle correspond à une évaluation, une attitude peut donc s'avérer positive, neutre ou négative. Elle varie également en intensité allant d'une prise de position timide des réactions plus violentes (nous nous définissons par ce que nous aimons/ n'aimons pas). En psychologie, l'attitude est un système organisé et relativement stable des dispositions cognitives d'un sujet vis-à-vis d'un objet ou d'une situation qu'il évalue le contenu comme vrai ou faux, bon ou mauvais, désirable ou indésirable. Le concept d'attitude reste difficile à cerner car il s'agit d'un construit psychologique, c'est-à-dire d'une réalité hypothétique.

D'après Sillamy (1997) l'attitude est une manière d'être dans une situation. Le concept d'attitude recouvre diverse signification et désigne l'orientation de la pensée, les dispositions profondes de notre être, l'état d'esprit qui est le nôtre devant certaines valeurs. L'attitude n'est pas ancrée au fond de notre tête mais renvoie davantage à la manière dont quelqu'un risque de se conduire. Car l'enjeu est bien là : changer les attitudes permet de modifier le comportement.
De façon générale, les attitudes sont composées de réactions positives et négatives face à un objet ou à une personne et sont accompagnées de croyances qui poussent un individu à agir d'une façon stéréotypée et prévisible (Hunt & Hunt, 2000).

Les caractéristiques des attitudes

Les attitudes sont acquises par les individus: L'individu ne naît pas avec des attitudes prédéfinies, celles-ci se développent lors de sa socialisation, sous l'influence de son milieu social, son éducation, ses expériences.

Les attitudes sont plus ou moins durables : Elles sont susceptibles de changement en fonction du vécu de l'individu. L'attitude est la relation d'un objet envers un « un objet » : Elle est donc le lien entre celui-ci et ce qu'il pense de l'« objet ». La relation individu-objet s'effectue selon une polarité affective : L'attitude peut aller d'une position très favorable à l'« objet » à une position très défavorable, avec toutes les nuances intermédiaires.

Les composantes ou dimensions de l'attitude

Un certain consensus émerge de la littérature scientifique en faveur de l'étude des attitudes en fonction de trois dimensions principales, soit les dimensions affective (les émotions positives ou négatives), cognitive (les croyances, les pensées, les perceptions, les idées, les opinions et les conceptualisations mentales) et comportementale (la tendance à agir d'une certaine façon) (Findler et al., 2007). Ces trois dimensions sont si fortement reliées entre elles, qu'il est impossible de les envisager séparément.

1.1.1.1 Le comportement

Un comportement est l'action ou la réaction observable d'une personne (mais aussi des êtres vivants en général et des objets inertes) dans un environnement, C'est la manière de se comporter (agir, réagir, se porter). Il s'agit de la façon de procéder des personnes ou des organismes vis-à-vis des incitations et par rapport au milieu et à l'entourage.

Il existe plusieurs modes de comportement suivant les circonstances en question. Le comportement conscient est celui qui a lieu suite à un processus de raisonnement. Saluer quelqu'un que l'on connait lorsqu'on le rencontre dans la rue en est un exemple.

Le comportement inconscient, par contre, a lieu de manière quasi automatique étant donné que la personne n'a même pas besoin de penser ou de réfléchir à l'action (se gratter après avoir été piqué par un moustique, par exemple).

Le comportement privé a lieu dans l'intimité de chez soi ou en toute solitude. Dans ce cas, l'individu ne risque pas d'avoir à être sujet aux regards indiscrets des autres. Le comportement public est le contraire car il se déroule en la présence d'autres personnes ou dans des endroits partagés avec le reste de la société.

Pour la psychologie, le comportement est tout ce que fait un être humain face à son milieu. Chaque interaction d'une personne avec son entourage implique un comportement. Lorsque ce comportement présente des standards stables, on peut alors parler de conduite. Il est possible de

parler de bon comportement ou de mauvais comportement, suivant la manière dont les actions peuvent s'encadrer au sein des règles sociales. Un enfant se comporte mal quand il désobéit à ses parents et ne fait pas ce qu'on lui ordonne. En général, le mauvais comportement entraine une punition de la part de l'autorité sociale (les parents, les professeurs, un juge, etc.).

1.1.1.2 Le lien entre attitude et comportement

À première vue, attitude et comportement n'ont aucune différence et désignent, en psychologie, une seule et même chose : l'état d'esprit qui caractérise la réaction d'une personne face à une situation ou une interaction interpersonnelle. Et quand on dit "je n'aime pas ce comportement" ou encore "il n'a pas la bonne attitude", on se réfère à cette réaction inappropriée face à un événement, en général une difficulté. Mais ce serait réduire le sens de ces termes : il existe bien une différence entre attitude et comportement.

L'attitude est un état mental prédisposé à réagir d'une certaine manière devant les circonstances. Cet état mental est le fruit de la génétique, de l'éducation mais aussi de la volonté propre de l'individu. On peut faire évoluer son attitude. Exemple : j'aime son attitude, elle est toujours prête à aider.

Tandis que**,** le comportement se réfère à un fonctionnement le plus souvent permanent**,** du moins dure-t-il. Une attitude peut être circonstancielle et masquée le réel comportement de quelqu'un. Un comportement est toujours dirigé vers l'extérieur et l'action. On peut donc avoir un certain comportement, par exemple être de nature extraverti, et adopter une attitude particulière, par exemple rester introverti et à l'écart.

1.1.5 Les barrières attitudinales

Selon, L'OMS le concept de barrière peut être défini comme étant « des facteurs dans l'environnement d'une personne, qui par leurs absences ou présences, limitent son fonctionnement et crée le handicap. Ceci inclus des aspects tels que : l'environnement qui n'est pas accessible, le manque d'appareil d'assistance technologique (appareils adaptatifs, d'assistance et de réadaptations), les attitudes négatives des personnes à l'égard de le handicap, du système, des services et des politiques qui sont soit inexistants, soit qui entravent

l'implication de toutes les personnes atteintes de problèmes de santé dans tous les domaines de la vie, »

Les barrières attitudinales peuvent prendre la forme où on impose une certaine infériorité aux PSH en considérant qu'ils valent moins que les autres individus. Parfois, elles sont mêmes considérées comme des « citoyens de seconde classe », car la personne peut être atteinte des troubles liés à l'une des principales fonctions de la vie. Ainsi, nous pouvons constater que ces personnes handicapés (que ce soit des enfants, adolescents ou des adultes) sont stigmatisés et victimes de discrimination et d'inégalités dans la société; les atteintes à leurs droits, notamment leur dignité, sont multiples : actes de violence, maltraitance, préjugés et manque de respect du fait de leur handicap et ils peuvent être privés d'autonomie. De même, les attitudes envers les personnes en situation de handicap physique varient parmi les différentes cultures et religions. Une forme de déficience qui est vue comme un handicap dans une culture ne le sera pas obligatoirement dans une autre. Le niveau de handicap d'une déficience peut donc être déterminé par l'attitude de la communauté environnante. Les superstitions, les mythes, les notions religieuses et le manque de compréhension déterminent les attitudes envers le handicap. Cela concerne de manière égale les gouvernements, les institutions, les ONG, les professeurs, les parents les élèves, les étudiants et bien sûr les personnes en situation de handicap eux-mêmes. De ce fait, dans de nombreuses cultures les filles et les garçons handicapés voient leur dignité humaine diminuée, non seulement ils doivent se battre avec leur propre handicap mais ils ont aussi moins d'opportunités que les autres concernant leur développement individuel. Ils risquent d'être cachés comme s'ils étaient une sorte d'être humain inférieur. Ils risquent aussi d'être opprimés, abusés et exploités. Dans certaines cultures, avoir un enfant handicapé peut être vu comme honteux ou comme une punition de Dieu. Il existe même des croyances qui prétendent que le handicap peut affecter toute personne qui toucherait la personne handicapée. Les enfants qui sont maintenus éloignés des autres enfants et de la société dans son ensemble ont tout simplement moins de chances d'apprendre et de se développer. Et une société qui ne voit pas ou qui n'interagit pas avec les filles et les garçons handicapés n'aura jamais l'occasion de dépasser ses propres préjugés et d'aller vers une meilleure compréhension du / ou des enfants « derrière leur handicap ». En voyant en premier lieu la fille ou le garçon derrière leur handicap, nous pouvons les rencontrer avec respect.

Généralement, il existe de nombreuses barrières qui peuvent rendre extrêmement difficile voire impossible, l'inclusion des personnes handicapées. Les barrières les plus courants sont : attitudinales, communicationnelles, environnementales, pragmatiques, sociales et politiques. Dans ce travail, nous nous intéresserons uniquement aux barrières attitudinales.

C'est à travers l'interaction avec les autres, comme l'observe Roe (2008) que les humains apprennent et donnent un sens à leur monde. Avec les barrières attitudinales, de telles interactions ne seront malheureusement jamais réalisées. Par définition, les barrières attitudinales peuvent être comprises comme de phénomènes causés par les attitudes des personnes intolérantes, que si elles ne sont pas corrigées, peuvent être un frein à la participation aux activités scolaires.

1.2 Les types de barrières attitudinales

Les idées faussées et les attitudes que des personnes peuvent avoir vis-à-vis du handicap restent les principales barrières à l'inclusion auxquelles les personnes handicapées sont confrontées. Ces obstacles psychologiques, une fois connus et surmontés pourraient permettre aux individus de changer d'attitude afin de faciliter l'inclusion des personnes en situation de handicap physique(PSHP). On distingue plusieurs barrières attitudinales à savoir : la pitié (les gens sont désolés pour la personne handicapée et se comportent en conséquence), l'admiration excessive (les personnes en situation de handicap peuvent être admirés excessivement.), l'ignorance (la personne en situation de handicap est estimé incapable à cause de son handicap), l'effet de propagation (les gens supposent que le handicap affecte les autres sens.), Le contrecoup (les gens croient que la personne handicapée dispose d'un avantage injuste à cause de son handicap.), le déni (les gens croient que le handicap non-visible est légitime et donc ne nécessitant pas d'adaptation.), Peur (les gens ont peur d'offenser une personne handicapée en disant quelque chose de travers et du coup ils préfèrent l' éviter), les stéréotypes, la stigmatisation, la discrimination, les préjugés et bien d'autres. Les stéréotypes et les préjugés véhiculés au sujet des PSHP de même que les attitudes discriminatoires et stigmatisantes qu'ils engendrent sont des facteurs sociaux susceptibles de constituer des barrières importantes à la pleine participation et inclusion de ces personnes en société. Ainsi, dans ce travail, nous mettrons beaucoup d'emphase sur ces barrières.

1.2.1 Les stéréotypes

Le terme « stéréotype » provient du grec *stereos* (solide) et *tupos* (empreinte). Il aurait à l' origine été employé en imprimerie, où il désigne une plaque coulée dans un moule, qui produit toujours la même impression (Didot, 1798). C'est en 1922, que le concept de stéréotype est utilisé pour la première fois dans son acception psychosociale, avec la publication du livre *Public Opinion* par le journaliste Walter Lippmann. Le choix de ce terme avait pour but de souligner l'aspect rigide de l'image que les individus se font des catégories sociales. Actuellement, une définition communément retenue du stéréotype est celle de Leyens, Yzerbyt et Schadron (1994, p. 129) : « un ensemble de croyances partagées à propos des caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi des comportements propres à un groupe de personnes ». C'est donc l'image que l'on se fait d'une catégorie de personnes : face à la complexité des informations de son environnement, l'individu utilise les stéréotypes comme des raccourcis mentaux pour se forger une impression rapide sur autrui. Les PSHP sont caractérisées par des traits à la fois positifs et négatifs. Au-delà de la valence, le contenu même du stéréotype revêt une importance particulière et semble répondre à certaines règles. Fiske et ses collègues ont élaboré un modèle sur le contenu des stéréotypes (*Stereotype Content Model*, Fiske et al., 2002), qui met en évidence que la description des groupes s'articule autour de deux dimensions fondamentales : l'agréabilité (*warmth*) et la compétence (*competence*). Ce modèle a fait l'objet de nombreuses vérifications empiriques portant sur une grande variété de groupes sociaux. Ces études ont mis en évidence que la plupart stéréotypes sont mixtes : positifs sur une des deux dimensions, négatifs sur l'autre.

Rohmer et Louvet (2011) ont montré que, pour la catégorie du handicap, le contenu du stéréotype se structure en trois dimensions : l'agréabilité, la compétence et le courage. Plus précisément, les personnes en situation de handicap sont jugées moins compétentes, plus agréables et plus courageuses que les personnes valides. D'autres études ont permis de montrer que les PSH sont considérées comme étant chaleureuses, mais peu compétentes (Louvet, Rohmer, & Dubois, 2009), peu intelligentes, mais attentives aux autres (Hirschauer-Rohmer, 2002), peu sociables (Dif, Guimond, Martinot, & Redersdorff, 2001), vulnérables, ou encore innocentes (Crawford & Ostrove, 2003).

1.2.2. Les préjugés

Selon Markus Brauer, Le terme « préjugé » fait référence à une attitude défavorable envers les membres d'un groupe social. Cette attitude se manifeste sous forme d'évaluations négatives (par exemple, l'attribution de traits négatifs ou d'intentions malsaines) et de sentiments hostiles (le mépris, la haine…). Cette attitude constitue souvent une réaction défensive à une menace perçue pour son groupe d'appartenance, et sert à créer ou maintenir des relations de statut hiérarchiques entre groupes sociaux. Une fois formés, les préjugés sont appliqués à l'ensemble des membres d'un groupe sans tenir compte des traits qui caractérisent chaque individu. D'où l'origine du mot « préjuger » : nous évaluons une personne avant de la connaître en fondant notre jugement uniquement sur le groupe social auquel elle appartient.

1.2.3 La stigmatisation

Selon Goffman (1963), la stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. L'attribut discriminant (stigmate) peut être d'ordre corporel (handicaps physiques, couleur de la peau, aspect et anomalies du corps, etc.) ou tenir à la personnalité et/ou au passé de l'individu (troubles du caractère, séjour passé en hôpital psychiatrique, alcoolisme et autres conduites addictives, SDF, préférences sexuelles, etc.).

S'intéressant aux stigmatisations en milieu scolaire, Vienne (2004) en a distingué quatre formes. La première forme s'observe aussi bien au sein que hors de l'enceinte scolaire et est appelée stigmatisation tribale. La deuxième forme de stigmatisation porte sur les difficultés scolaires de certains élèves et la troisième, sur les comportements relevant de l'incivilité. Elles s'observent entre les enseignants et les élèves et entre les élèves. La dernière forme est exprimée par les élèves envers leurs enseignants. Elle porte sur le critère de virilité de l'enseignant, qui s'oriente vers la sexualité et se manifeste parfois par des « insultes à caractère sexuel » et des agressions corporelles des élèves sur les enseignants.

1.2.4. La discrimination

En psychologie sociale, la discrimination se réfère à des comportements de mise à l'écart d'un individu sur la base de son appartenance à un groupe social. Cette discrimination repose sur des préjugés, qui sont généralement considérés comme des évaluations négatives à l'encontre de certains individus en raison de leur appartenance catégorielle. Au plan social la personne handicapée souffre de la discrimination à plusieurs niveaux que ce soit au niveau de sa famille, au niveau des voisins, des camarades de classe et de la société toute entière. La discrimination se réfère au domaine du droit (et à la loi), c'est la distinction, l'isolement, la ségrégation de personnes ou d'un groupe de personnes par rapport à un ensemble plus large. Elle consiste à restreindre les droits de certains en leur appliquant un traitement spécifique défavorable. Volontaire ou inconsciente, la discrimination porte atteinte à l'égalité des droits et à l'égalité des chances, mais aussi à l'égalité des devoirs de chacun. Exemple de critères discriminatoires : le statut social, les revenus, le sexe, l'âge, les préférences sexuelles, l'origine géographique ou sociale, la couleur de la peau, l'apparence physique ou vestimentaire, les opinions philosophiques ou politiques, la culture, le style de vie, etc.

1.3. Les approche du handicap

Les approches ordinaires du handicap reposent sur deux modèles : le modèle individuel et le modèle social.

1.3.1. Le modèle individuel ou médical

Ce modèle peut se subdiviser en modèle biomédical et en modèle ré-adaptatif.

Le modèle biomédical est le modèle historique de la médecine et de l'organisation sanitaire, celui qui prévalait dans le domaine des handicaps jusque dans les années 60-70, où l'apparition de la médecine de réadaptation l'a mis en cause. Dans ce modèle, basé sur la prise en charge des maladies aiguës (en « court séjour »), on est malade, on vous traite avec deux issues possibles : la mort ou la guérison. Le handicap, c'est-à-dire la « guérison avec séquelles » ou l'impossibilité de guérir tout en continuant à vivre de façon durable, n'est pas pensé. Dans un tel modèle, les handicaps sont assimilés à leur cause médicale, les solutions proposes sont d'ordre technique (médicale, biologique, génétique…) et visent l'éradication, par la guérison si possible ou par la

prévention (anténatale en particulier). Pour faire image, c'est le modèle du Téléthon (au moins le modèle dominant visant au soutien de la recherche).

Le modèle réadaptatif est le modèle de la rééducation et de la réadaptation, qui inspire notamment les accompagnements dans les structures de rééducation et du secteur médico-social. L'approche du handicap reste individuelle (c'est le sujet qui est handicapé, c'est sur lui que l'on va agir) mais s'élargit, par rapport au modèle précèdent, à toute la réalité des conséquences des maladies chroniques ou de séquelles d'affections aiguës (par exemple la polio) ou d'accidents. Appelé aussi modèle fonctionnel, c'est le modèle qui sous-tend la CIH(1980) : le handicap est l'ensemble des conséquences d'une pathologie invalidante, au niveau du corps (déficiences), de la vie quotidienne et sociale (incapacités, dépendance, etc.). L'action corrective développée sur ce modèle est la rééducation-réadaptation, visant la prise en charge précoce, la prévention secondaire des troubles (éviter les complications), dans une finalité qui n'est plus la guérison ou l'éradication mais le « vivre avec » : l'autonomie, le confort et la « qualité de vie », l'accès aux aides techniques, humaines et financières individuelles, ce qu'on appelle aujourd'hui la compensation.

En bref, cette approche définit le handicap comme une déficience physique ou mentale que connaît une personne, et dont les conséquences sont une altération fonctionnelle et des désavantages sociaux. Cette définition ne reconnaît, comme cause du handicap, que la déficience, en renvoyant de ce point de vue, le handicap à une « tragédie personnelle » (Ville, 2014, p. 95). Le problème, pour ce modèle, se trouve au niveau de la personne (Ravaud, 1999), et se résume à la déficience qui devient, ici, un attribut de la personne, reconnaissable par autrui à l'incapacité et aux désavantages sociaux. À ce problème personnel correspond un traitement individuel, basé sur la médicalisation avec une prédominance professionnelle, destinée à procurer une éventuelle guérison ou une réadaptation dans un environnement normatif auquel l'individu doit se conformer. Le modèle individuel repose sur deux variantes : une variante biomédicale qui considère la paralysie et une variante fonctionnelle qui met en avant l'incapacité motrice empêchant la personne de marcher. Ce modèle se base sur la relation de cause à effet, et a le défaut d'occulter les dimensions sociales dans la production du handicap.

1.3.2. Le modèle social

Ce modèle trouve son origine dans les critiques que les mouvements des personnes handicapées adressent au modèle individuel et à son caractère strictement médical. Ces mouvements ont mis en avant le fait que le handicap procède des réactions de la société aux incapacités et aux déficiences, que ce soit dans le domaine de l'environnement matériel ou social ou dans le domaine de la reconnaissance des droits des personnes. Selon Ravaud (1999), le modèle social présente deux variantes : une approche environnementale et une approche en termes de droits de l'homme.

L'approche environnementale a pour base la notion d'accessibilité ou plus précisément d'accessibilisation (définie par J. Sanchez): mettant l'accent sur les déterminants environnementaux des situations de handicaps, il sous-tend une lutte contre les handicaps d'abord axée sur l'élimination des barrières et obstacles : obstacles matériels (architecturaux notamment) mais aussi culturels (attitudes et représentations sociales) ou économiques (ressources, accès aux soins et prestations, etc.). Ce modèle est par essence social dès lors qu'il vise une accessibilisation universelle (les actions visant à modifier l'environnement proche, personnel, d'une personne – son logement, son école et non tous les logements, toutes les écoles sont plutôt des extensions du modèle ré-adaptatif car l'action concerne, même sur l'environnement, presque toujours un individu et un seul). Ce modèle définit le handicap comme conséquence de l'absence d'aménagement des environnements ordinaires. Le traitement, ici, serait la mise en accessibilité d'un environnement adapté, avec possibilité, pour les personnes handicapées, d'avoir un contrôle sur les services et les soutiens. Vue sous cet angle, la résolution du problème consisterait à apporter des changements dans l'environnement de la personne en supprimant les barrières physiques et sociales à son épanouissement, notamment, en favorisant l'accès pour les personnes présentant une incapacité aux biens, structures et infrastructures de la société et leur utilisation effective pour une participation optimale aux activités de la vie sociale.

L'approche par les droits de l'homme définit le handicap comme la résultante d'un problème d'organisation sociale et de rapport entre la société et l'individu; elle met en avant les discriminations et les ségrégations dont sont victimes les personnes handicapées. La réorganisation politique, économique et sociale est la voie proposée pour réduire les inégalités et les discriminations. Elle passe par la reconnaissance effective des droits et la citoyenneté. Elle est

la radicalisation du modèle social, où les notions de discrimination et d'égalité des chances sont poussées à leur paroxysme théorique : le handicap y a pour déterminants premiers des règles sociales (lois, règlements…) inadaptées, mettant les personnes « différentes » en situation d'inégalité des chances. L'action corrective est donc uniquement pensée en termes de « droits de l'homme » : agir sur le cadre légal pour supprimer toute discrimination ; cette égalité de traitement obtenue, chacun se débrouille avec ce qu'il est au sein du cadre commun et, à la limite, toute mesure d'aide individuelle (compensation) sera jugée discriminatoire (« discrimination positive »). L'origine du handicap est ainsi externe à l'individu et devient un construit créé et produit par la société. Le handicap relève donc, d'une question de droits et d'inclusion de l'individu dans la société. Dans ce modèle, le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais un ensemble de situations produites par l'environnement social et la non-reconnaissance des droits des personnes.

1.3.4 Le handicap au Cameroun

La constitution du Cameroun affirme dans son Préambule que : « l'Etat assure à l'enfant le droit à l'instruction. L'enseignement primaire est obligatoire. L'organisation et le contrôle de l'enseignement à tous les degrés sont des devoirs impérieux de l'Etat ». Au Cameroun, le handicap est défini dans la loi N 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées. Dans cette loi, la personne handicapée est toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale, du fait d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou non. La loi camerounaise distingue 3 catégories d'handicapés : les handicapés physiques, les handicapés mentaux et les polyhandicapés. La loi pose aussi comme une obligation de solidarité nationale la prévention du handicap, la réadaptation et l'intégration psychologique, sociale et économique de la personne handicapée et recommande d'associer pour concrétiser l'obligation de solidarité non seulement l'État, mais aussi les familles et les personnes physiques ou morales.

De même, la Loi N° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées affirme en son Article 28 que : « l'Etat prend les mesures particulières pour garantir l'accès des personnes handicapées à l'éducation et à la formation professionnelle. Ces mesures comprennent la prise en charge matérielle, financière et l'appui pédagogique ». Le décret N° 2018/6233/PM du 26/07/2018, portant application de la loi N°2010/002 du 13/04/2010, portante

protection et promotion des personnes handicapées. En son article 4, ledit décret stipule, entre autres, que : « L'Etat promeut l'éducation et la formation professionnelle inclusives des personnes handicapées à travers notamment : l'affectation de personnels qualifiés dans les institutions privées d'éducation spéciale ; la formation initiale.

Selon le rapport de la Banque Mondiale et de l'OMS (2010), la population handicapée est estimée à 15% de la population mondiale, soit près d'un milliard de personnes. Cette population de personnes handicapées représente 10% des 18 millions d'habitants de la population totale du Cameroun (BUCREP, 2010). Au Cameroun, il affecterait 5.4 % de la population soit plus d'un million d'individus, les types d'handicap les plus fréquents sont celles des membres (surtout inférieurs), la vue, l'audition, et l'intellect. Pour chacune de ces personnes, vivre avec un handicap est un véritable parcours du combattant, étant donné qu'elles sont obligées de surmonter les multiples obstacles dressés sur leur chemin afin de vivre. Qu'il soit sensoriel, moteur, mental ou social, le handicap poserait presque toujours un problème d'inclusion.

D'après le Rapport EDS-MIC (Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples, 2011) plus de 5.4% de la population du Cameroun souffrent d'au moins un handicap : Les déficiences sensorielles sont les plus répandues (3,5%) en particulier les déficiences visuelles (2,2%) et auditives (1,2%), suivies des déficiences motrices (1,6%), essentiellement les déformations des membres inférieurs ou supérieurs. De plus, 0,5% de la population souffrirait de troubles du comportement et 0,4% de la perte de certaines extrémités du corps. En outre, les résultats montrent que la proportion de personnes handicapées est plus élevée en milieu rural (6 %) qu'en milieu urbain (4 %), en particulier à Yaoundé/Douala (3 %). Au niveau régional, trois grands groupes se dessinent : un premier groupe où la prévalence du handicap est élevée, constitué du Sud (11 %) et du Littoral (10 %) ; un second groupe avec une prévalence moyenne des handicaps, composé des régions du Centre (7 %), du Nord-Ouest (7 %), de l'Ouest (6 %) et de l'Extrême-Nord (6 %) ; et un troisième groupe constitué des régions restantes et caractérisé par une prévalence des handicaps relativement faible (de 3 % à 5 %).

1.4. La dimension sociale du handicap physique

L'identité individuelle est préalable par sa réalité spatio-temporelle, c'est-à-dire par la relation de l'individu à son corps propre et au corps social, dont la famille constitue la cellule de base. Selon les sociologues, le handicap n'existe pas en soi, il se produit en relation avec les normes et les valeurs dominantes de la société : « il n'y a pas de handicap », « handicapé » en dehors de structurations sociales et culturelles précises ; il n'y a pas d'attitudes vis-à-vis du handicap en dehors d'une série de références et de structures sociétaires ». La définition du handicap passe donc par la définition de la société, des institutions qui l'organisent, des valeurs qui la fondent, des normes et des règles qui la régissent. Le handicap est une construction sociale et individuelle, une production collective qui confère au handicap sa « valeur », sa « légèreté »ou sa « lourdeur », sa « bénignité »ou sa « gravité ».

Serais et Steichen recommandent deux pièges à éviter : «d'une part, la négation de la spécificité de l'expérience vécue par les handicapés, d'autre part, le marquage caricatural de la différence ou déficience aboutissant à la stigmatisation (que ce soit par l'élection qui en fait les interlocuteurs privilégiés des deux, ou que ce soit pour les réduire au « déchet » de l'humanité) »

D'après Federico Mayor, ex-directeur général de l'UNESCO, cité par Roy, « Grâce à l'éducation pour tous, il devrait être possible de permettre à tous les êtres humains y compris les handicapés, de développer leur potentiel complet, de contribuer à la société et, surtout d'être enrichis par leur différence et non dévalorisés. Dans notre monde constitué de différences de toutes sortes, ce n'est pas le handicapé mais c'est la société dans son ensemble qui a besoin d'une éducation spéciale pour devenir une véritable société pour tous ».

Au Cameroun comme partout ailleurs en Afrique et voire même dans le monde, la PSHP souffre de discrimination à plusieurs niveaux: dans sa famille, au niveau des voisins et de la société toute entière. Dans les sociétés occidentales qui aujourd'hui, accordent une égalité de chance et une citoyenneté avérée aux personnes vivant avec un handicap, dans la rue, au marché, dans les lieux publics et à l'école, le handicap est regardé différemment. Des légendes, des fables et des récits fabuleux, des manières de penser, des mythes et des croyances aux conséquences certaines se sont tissés, développés et transmis au fil des générations. Malgré la pression de la modernité et de la mondialisation, il subsiste au Cameroun des mythes et des conceptions sur le handicap aux causes et fondements variés. Dans leur grande majorité, ces mythes et conceptions sur le

handicap participent à plus d'un titre de la construction et de la structuration des préjugés et des stigmates qui défavorisent la PSH et empêche son inclusion.

Dans certaines de nos communautés, des images négatives jonchent la rencontre d'une personne handicapée. Elles sont généralement traitées de sorcier, vampire, marabout, propagateur de malchance, parasite et les filles et femmes handicapées sont très souvent des victimes muettes de violences sexuelles (Demain, 2007). Ces êtres très vulnérables vivent encore cachés derrière les portes des familles, à l'abri des regards. Et les familles elles même, couvertes d'indignités sociales et de honte, n'osent sortir en leur compagnie.

1.5. L'éducation spécialisée et le handicap physique

L'éducation spécialisée est l'approche utilisée par le système d'éducation publique pour venir en aide à toutes sortes d'élèves atypiques ou exceptionnels afin de réaliser leur potentiel et d'obtenir un enseignement utile. Les traits atypiques relatifs aux besoins peuvent être cernés dans un certain nombre de domaines, y compris les difficultés liées aux problèmes affectifs et de comportement, les troubles du spectre de l'autisme, les retards de développement global ou la déficience intellectuelle, les troubles d'apprentissage précis, de même que la déficience motrice, visuelle et auditive. Dans l'éducation spécialisée, on met en place un dispositif d'éducation spécialisée parallèle à l'école ordinaire, spécifique selon les types de handicaps, le caractère spécialisé découle également de la spécificité des méthodes pédagogiques, des outils d'apprentissages et de la qualification du personnel d'encadrement adapté à chaque type de handicap. De ce fait, L'éducation spécialisée participe au processus de socialisation et d'autonomie des personnes en situation de handicap physique et fait ressortir leurs potentialités. Cette forme d'éducation favorise le renforcement des liens sociaux et des solidarités dans l'environnement de ces personnes (vulnérables, en situation de handicap, défavorisées ou pas) et de la société.

Parvenu au terme de ce chapitre, où il était question pour nous de présenter d'une part, la notion de handicap, de handicap physique, de situation de handicap, d'attitudes, de comportement, et d'autre part d'analyser les barrières attitudinales qui pourraient empêcher l'inclusion des étudiants en situation de handicap physique et faire un bref aperçu de la situation de handicap au Cameroun et plus précisément du handicap physique. Il en ressort que le handicap peut être appréhendé sous trois angles : déficience, incapacité et désavantage ; que les handicapés

physiques sont, en général, catégorisés selon trois types de déficiences (motrice, visuelles et auditives) ; que l'attitude pourraient prédire le comportement ; qu'au Cameroun, plus d'un million d'individus, soit 5.4 % de la population ont un handicap visibles ou non visibles; que les stéréotypes, les préjugés, les étiquettes, les attitudes discriminatoires et stigmatisantes sont autant de barrières attitudinales qui pourraient empêcher l'inclusion des étudiants en situation de handicap dans le milieu universitaire. Dans ce qui suit, nous allons aborder le deuxième chapitre qui va parler des stratégies de coping.

Chapitre 2:Les stratégies de coping

L'individu est sans cesse confronté à de nombreuses demandes environnementales auxquelles il doit répondre. La personne en situation de handicap physique est aussi concernée par ces contraintes et demandes environnementales. En effet, on observe que ce dernier à cause de son handicap fait face a des attitudes discriminatoires, stigmatisantes, des préjugés et stéréotypes dans son environnement par des personnes dits non handicapés. Pour répondre ou faire face à ces demandes, la personne en situation de handicap physique peut effectuer une double évaluation : la première sur la source du problème, la seconde sur les capacités, les soutiens et les aides tant familiales qu'amicales existantes. Cette méthode lui permettra de faire face aux problèmes et aux émotions qui en découlent. De ce fait, dans ce chapitre, nous présenterons ces stratégies de coping, en définissant le terme coping, ses différentes approches, les typologies de stratégies de coping et les stratégies de coping utilisés par les étudiants en situation de handicap physique.

2.1. Le concept de stratégies de coping

On parle de « stratégies » de coping pour désigner les efforts d'ajustement déployés pour faire face au stress. Selon Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus et Folkman, 1984b ; Lazarus et Launier, 1978). Les stratégies de coping sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents).

2.1.1. Les origines du mot coping

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19è siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier). Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales.

Le coping est un concept qui est apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, (1966) où il désigne un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes. Ce concept semble provenir de deux domaines théoriques et de recherche très différents (Lazarus & Folkman, 1984): l'expérimentation animale,

et la psychologie du Moi dans la tradition psychanalytique. Dans l'approche expérimentale portant sur les animaux, et suivant la perspective Darwinienne, des auteurs comme Miller ou Ursin, cités par Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984, p. 118), ont montré que la survie de l'animal dépend de sa capacité à découvrir dans l'environnement ce qui est prédictible et contrôlable pour éviter ou surmonter des dangers. D'après Lazarus (Lazarus &Folkman, 1984), le coping chez l'animal est un mécanisme vital, qui consiste à agir pour contrôler les conditions environnementales aversives, dans le but de réduire d'éventuels trouble psychophysiologiques, et ce principalement au moyen de comportements de fuite et d'évitement. Différents auteurs (Parker & Endler, 1996) situent quant à eux les premières recherches sur le coping dans les années soixante, dans le cadre de travaux portant sur les mécanismes de défense tels que ces derniers ont été décrits par Freud et ses élèves, dans une tradition psycho-dynamique. La fonction de ces mécanismes, et du coping tel qu'il a été conçu dans cette perspective, est de maintenir, voire de restaurer, une sorte d'"homéostasie psychologique lorsque celle-ci est troublée par des conflits d'origines diverses (Vaillant, 1971, p. 107).

2.1. 2. Le concept de coping

L'individu confronté à des demandes physiques et psychologiques très intenses, répond par des stratégies comportementales et cognitives appelées, en anglais, coping, en français, faire face ou adaptation. Le grand dictionnaire de la psychologie définit le concept de coping comme étant un processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussit à la maîtriser. On parle donc de coping pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Ce terme, d'abord traduit par « stratégie d'ajustement » est admis dans le vocabulaire français depuis 1999.

2.2. Les approches du coping

2.2.1. L'approche contextuelle, Lazarus et Folkman(1984)

Lazarus et Folkman définissent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux (ou encore des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant) qui permettent de maîtriser, de tolérer, d'éviter ou de minimiser l'effet négatif du stress sur le bien-être physique et psychologique d'une personne. Les réponses de

coping, conscientes et diversifiées, ont pour but, si elles sont efficaces, de favoriser l'adaptation psychosociale, de maintenir une image positive de soi, de réduire l'inconfort psychologique et de maintenir une relation satisfaisante avec son environnement. Il va de soi que l'usage du terme «coping» implique l'existence d'un problème ou d'un stresseur et la mise en place d'une réponse spécifique pour y faire face. Ces «efforts» de coping varient selon les demandes ou les contraintes d'une situation, la signification qui lui est accordée ainsi que les ressources personnelles, familiales, environnementales dont dispose un individu.

Un des éléments clés de l'approche contextuelle de Lazarus est de concevoir le coping comme un processus dynamique, c'est-à-dire comme pouvant changer non seulement dans le temps mais aussi en fonction des demandes endogènes (comme les changements pubertaires) et exogènes (comme le divorce des parents), sans oublier le rôle fondamental de l'évaluation cognitive. En d'autres mots, face à une situation potentiellement stressante, la personne détermine s'il y a un risque pour son bien-être psychique et physique. Si la personne se sent en danger, elle devra alors examiner les ressources de coping dont elle dispose pour y faire face. Cette approche prévoit donc une variabilité intra-individuelle de la réponse de coping, puisque celle-ci dépendrait des circonstances, de l'évaluation cognitive et des ressources dont la personne dispose à différentes périodes du cycle de la vie. En quelque sorte, l'approche contextuelle stipule que ce sont les situations qui forcent la personne à choisir ses réponses de coping et non l'inverse (Holahan, Moos, et Schaefer, 1996).

2.2.2. L'approche psychodynamique

L'approche psychodynamique, à l'opposé de l'approche contextuelle, tire son origine conceptuelle de la théorie des mécanismes de défense développée par Freud (1933; cité dans Zeidner et Saklofske, 1996). Cette approche vise à mieux décrire les processus inconscients dans la réduction des tensions et la gestion des conflits (menaces internes). Selon Paulhan et Bourgeois (1995), le coping est apparenté aux défenses du Moi (déni, intellectualisation) dont la finalité est de diminuer ou de supprimer tout ce qui peut susciter l'angoisse. À partir des travaux classiques de Haan (1977) et de Vaillant (1977), pour ne nommer que ceux-là, les mécanismes défensifs ont été catégorisés et hiérarchisés en stratégies plus ou moins adaptatives, plus ou moins matures (défenses immatures: projection, hypocondrie; défenses matures: humour, anticipation). Par opposition à la production d'une réponse consciente, volontaire et adaptée à une situation (selon

Lazarus), l'approche psycho-dynamique suggère des préférences individuelles relativement stables pour certains mécanismes défensifs ou styles de coping permettant de faire face aux conflits (Vaillant, 1977). Cette position suggère l'existence possible d'un pattern intra-individuel et relativement stable tel un trait de personnalité. Cette conception du coping s'oppose au processus dynamique proposé par Lazarus et ses collaborateurs, et dans lequel la réponse de coping varie selon les circonstances, les réflexions, la disponibilité des ressources et l'espace-temps. Si le modèle psycho-dynamique contribue à une meilleure compréhension des mécanismes de coping, selon Paulhan et Bourgeois (1995), il explique plus la réduction des tensions (régulation des émotions) que la résolution d'un problème créé par l'événement stressant. Or ces deux fonctions du coping sont très présentes dans la théorie de Lazarus, comme en témoigne sa classification bidimensionnelle, à savoir le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions. Or, à partir de divers résultats de recherche, Paulhan et Bourgeois constatent qu'une définition complète du coping nécessite d'inclure simultanément les fonctions de régulation émotionnelle et de résolution de problème afin de permettre à l'organisme de mieux s'ajuster à un événement qu'il perçoit comme menaçant ou dangereux. En effet, la réponse comportementale se présente souvent en même temps que la réponse émotionnelle, bien que la séquence comportement–cognition–émotion ou à l'inverse émotion–cognition–comportement, ne soit pas encore clairement documentée. Ces auteurs font aussi remarquer que les mécanismes d'adaptation psychiques inconscients, dont la fonction première est de maintenir l'anxiété dans des limites supportables, diffèrent des habiletés de coping qui sont des techniques apprises pour permettre à l'individu d'affronter consciemment son anxiété, alors que le déploiement des mécanismes de défense n'est pas volontaire mais bien inconscient.

En somme, ces deux approches théoriques suggèrent l'existence de stratégies adaptatives (selon Lazarus et Folkman) et de traits ou styles adaptatifs (selon Haan et Vaillant) afin de faire face aux pressions internes et externes (changements mineurs ou majeurs, chroniques ou ponctuels) qui surviennent au cours du développement.

2.2.3. L'approche intégrative, Schwarzer et Schwarzer (1996)

Dans l'approche contextuelle de Lazarus, l'individu utilise un répertoire d'options de coping (pensées, comportements, émotions) en fonction de l'efficacité qu'il croit avoir face à la situation qui se présente, de ses ressources personnelles, familiales et environnementales et de la

signification qu'il accorde à la situation stressante (menace, perte ou défi). Tandis que dans l'approche psycho-dynamique, l'individu utilise une manière constante de s'adapter, peu importe la nature de la situation stressante. Or, force est de constater que cette approche, en proposant un trait de personnalité comme style de coping, permet beaucoup moins d'identifier les changements qui s'opèrent dans le processus de coping à différents stades d'une crise (on n'adopte pas toujours la même réponse de coping au début, au milieu ou à la fin d'une période de crise en voie de résolution). Par conséquent, il faut bien reconnaître que les traits de personnalité sont à eux seuls sont insuffisants pour prédire, dans la plupart des situations stressantes, la manière dont un individu fera face au stress et le degré d'efficacité qu'il en percevra. Malgré l'opposition entre ces deux points de vue théoriques, il serait beaucoup plus utile d'adopter une approche intégrative, comme le proposent Schwarzer et Schwarzer (1996). En effet, une personne peut ne pas adopter exactement la même stratégie dans toutes les circonstances stressantes, mais peut aussi avoir tendance à sélectionner un comportement spécifique qui appartient à la même classe de stratégies, comme les stratégies regroupées sous le style «évitant» ou «affrontant». Autrement dit, les individus peuvent généraliser dans les situations un nombre limité de stratégies qu'ils réutilisent à différentes occasions. Par ailleurs, si ces deux approches théoriques diffèrent quant à la manière de concevoir la réponse de coping (réponse consciente versus inconsciente; stratégie adaptative versus trait ou style adaptatif), tous les chercheurs s'accordent pour dire que le coping vise à maintenir l'adaptation psychosociale d'une personne pendant les périodes de stress.

2.3. Les typologies de stratégies de coping

Les différentes stratégies de coping sont le coping centré sur le problème, le coping centré sur les émotions développé par Lazarus et Folkman (1984) et le coping de type «approche» ou «évitement» développé par (Roth et Cohen, 1986 ; Ebata et Moos, 1994) et le coping centré sur le soutien social.

Lazarus & Launier (1978), ont distingué au départ deux stratégies de coping générales à savoir : le coping centré sur les émotions et le coping centré sur le problème. Selon Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus et Folkman, 1984b ; Lazarus et Launier, 1978).

D'autres auteurs ont développé le coping de type approche-évitement ainsi que le coping centré sur le soutien social. Nous verrons ces différentes stratégies de coping ci-dessous.

2.3.1. Le coping centré sur le problème

Le coping centré sur le problème vise à contrôler ou à modifier la source de stress, comme un coping d'affrontement, et à remédier à une situation menaçante ou nuisible par des efforts de résolution et de reconceptualisation (faire des plans, chercher des informations, développer de nouvelles habiletés, générer des solutions de rechange). Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations,... Le coping centré sur le problème comprend des réponses cognitives (recherche d'informations, élaboration de plans d'action,...) ou comportementales (affronter la situation, efforts et actions directs pour modifier ou réduire le problème). Ces réponses sont utilisées pour la résolution du problème. Cette stratégie est parfois appelée coping actif ou « vigilant » (Suls & Fletcher, 1985)

2.3.2. Le coping centré sur les émotions

Le coping centré sur les émotions cherche quant à lui à ventiler, à gérer ou à pallier une situation par une réponse émotionnelle adaptative ou non adaptative (stratégies d'auto-préoccupation, fantaisies, régulation consciente de l'affect, recherche de soutien émotionnel (Parker et Endler, 1996). Autrement dit, lors d'une situation stressante, on peut affronter le problème en faisant des efforts actifs pour le solutionner ou encore essayer d'éviter le problème en mettant son attention sur la gestion des émotions (Holahan et al., 1996). Dans le dernier cas (coping centré sur les émotions), il s'agit de stratégies cognitives qui ne changent pas directement la situation mais qui aident à développer une autre façon d'évaluer la situation. Elles ne sont donc pas «passives» et peuvent nécessiter une restructuration interne qui demande beaucoup d'efforts (Schwarzer et Schwarzer, 1996). Il vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie comme consommer des substances (alcool, tabac, drogues), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, lecture, télévision,...), se sentir responsable (auto-accusation), exprimer ses

émotions (colère, anxiété,...). Une modalité cognitive de ce coping consiste à transformer la signification de la situation par exemple, en modérant sa gravité (minimisation), une autre à nier la réalité (pensée magique, dénégation). La chanson «tout va très bien, madame la marquise » illustre très bien la stratégie de minimisation de la menace. Les facteurs se rattachant au coping centré sur l'émotion sont la minimisation de la menace, la prise de distance, réévaluation positive, l'auto-accusation; l'évitement-fuite; la recherche de soutien émotionnel. On peut utiliser à la fois un coping centré sur le problème et centré sur l'émotion face au même événement.

2.3.3. Le coping centré sur l'évitement

Dans un article de référence, Roth et Cohen (1986) présentent le coping de type approche/évitement. Les stratégies «évitantes» (avoidant coping), regroupent de nombreuses réponses de coping : distraction, diversion, répression, faible vigilance, évitement, déni, attitude défensive, fuite, fatalisme, résignation, coping «passif» etc. . Pour les raisons de clarté, Wills et Hirky (1996) ont établi une correspondance entre les types de coping centré sur le problème ou centré sur les émotions de la tradition de Lazarus et le coping approche/évitement. Par exemple, le coping centré sur le problème se rangerait sous la rubrique «approche» puisqu'il implique l'investissement actif d'efforts dans le processus de coping (résolution de problèmes, recherche d'informations et de soutien social). En revanche, le coping centré sur les émotions se rangerait plutôt sous la rubrique «évitement» qui suppose des efforts cognitifs, comportementaux ou émotionnels visant à s'éloigner du stresseur par le déni, la distraction, la rêverie, la ventilation des émotions négatives, l'acceptation ou la résignation, voire même la consommation de substances nocives pour la santé.

2.3.4. Le coping centré sur le soutien social

Greenglass (1993) considère que la recherche de soutien social implique des efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui. Il s'agit bien dans ce cas d'une stratégie de coping élaborée par un individu. Il apparaît parfois comme troisième stratégie générale dans certaines recherches. Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 365).

2.4. Les stratégies de coping utilisées par les étudiants en situation de handicap physique

Le handicap physique qui est généralement catégorisés selon trois types de déficiences définis comme suit, selon l'annuaire MINAS 2011 (INS, 2012) : la déficience motrice, la déficience visuelle et la déficience auditive engendrent des difficultés d'inclusion en milieu scolaire plus précisément universitaire. En effet, les attitudes négatives des pairs, des enseignants voir de tous les membres de la communauté universitaire à l'égard de l'ESHP pourrait désorientée ce dernier et empêcher sa pleine participation. De ce fait, l'étudiant en situation de handicap physique qui évolue dans un milieu universitaire a besoin d'utiliser plusieurs stratégies pour s'ajuster à sa situation d'où le concept de coping. Ainsi, pour faire face à sa situation et s'inclure dans son environnement, l'ESHP pourrait utiliser plusieurs stratégies de coping telles que repérées ou développées par Lazarus et Folkman (1984), Ebata et Moos, (1994). Parmi ces stratégies, nous pouvons trouver : le coping centré sur le problème ou coping actif (la recherche de moyens adaptés et la recherche d'informations.), le coping centré sur les émotions, le coping centré sur l'évitement et la recherche de soutien social, L'intérêt de ces stratégies est de voir comment, en intégrant l'environnement social et relationnel, l'étudiant en situation de handicap physique trouve les moyens de faire face à la situation problématique.

En bref, il était question pour nous dans ce deuxième chapitre de notre travail de présenter les stratégies de coping. Il en apert que les stratégies de coping sont des tentatives conscientes pour affronter des problèmes actuels (ou récents) et que le de coping désigne un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes. Ainsi, pour faire face à leur environnement qui pourrait être stressant, les ESHP utiliseraient plusieurs stratégies de coping telles que développées par Lazarus et Folkman (1984), Ebata et Moos, (1994) à savoir le coping centré sur le problème, le coping centré sur les émotions, le coping centré sur l'évitement et la recherche de soutien social.

DEUXIEME PARTIE :
Cadre méthodologique et empirique de l'étude

Chapitre 3: Méthodologie de la recherche

La méthodologie est l'ensemble des règles et moyens à suivre pour atteindre un objectif donné. C'est aussi et surtout l'ensemble des procédés, des techniques que le chercheur utilise pour mener son enquête, collecter les données nécessaires à la recherche. Cette partie nous permettra de présenter tour à tour l'instrument de recherche, La population d'étude, l'échantillon et le type d'échantillonnage.

3.1. Présentation de l'université de Yaoundé I

L'université de Yaoundé I est le site de notre étude donc il nous semble important de le présenter. Cette université a été créé par décret no93/026 du 19 février 1993 à la suite de la réforme du système de l'enseignement supérieur. Elle est située au quartier Ngoa-Ekele à Yaoundé. Elle comporte plusieurs facultés et grandes écoles à savoir : la faculté des sciences (FS) ; la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines (FALSH) ; la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB), La Faculté des Sciences de l'Education, l''Ecole Normale Supérieure de Yaoundé (ENS) ; l''Ecole Normale Supérieure de l'Enseignement Technique d'Ebolowa (ENSET), L'école Nationale Supérieure Polytechnique (ENSP).

3.2. L'instrument de recherche

Dans cette étude, pour explorer les stratégies de coping utilisées par les ESHP de l'université de Yaoundé I pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés, nous avons choisi l'entretien pour atteindre nos objectifs. Les entretiens sont des «échanges verbaux où une personne, l'intervieweur, tente d'obtenir des informations d'une autre personne», (Longhurst, 2003, p. 145). Les entretiens sont des méthodes de recherche utiles pour permettre aux participants de s'exprimer dans leurs propres mots et dans une langue qui leur est familière (Dunn, 2016). De ce fait, les données ont été collectées via des entretiens semi-structurés avec les ESHP. Les entretiens semi-structurés ont le potentiel d'explorer les pensées, les croyances, les connaissances, le raisonnement, la motivation des participants à l'étude et les sentiments (Kvale et Brickmann, 2009). Ainsi, nous avons élaboré un guide d'entretien sur la base des considérations théoriques développées par Lazarus et Folkman (1984), Ebata et Moos, (1994) qui était subdivisé en trois parties contenant des questions ouvertes. La première partie portait des questions sur les caractéristiques sociodémographiques du répondant, la deuxième et la troisième partie étaient constitués des questions sur les barrières attitudinales et les stratégies de coping.

3.3. Cadre conceptuel de la présente étude

Cette section donne une image conceptuelle de l'étude. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés du modèle intégratif et multifactoriel de M.Bruchon-Schweitzer ci-dessous :

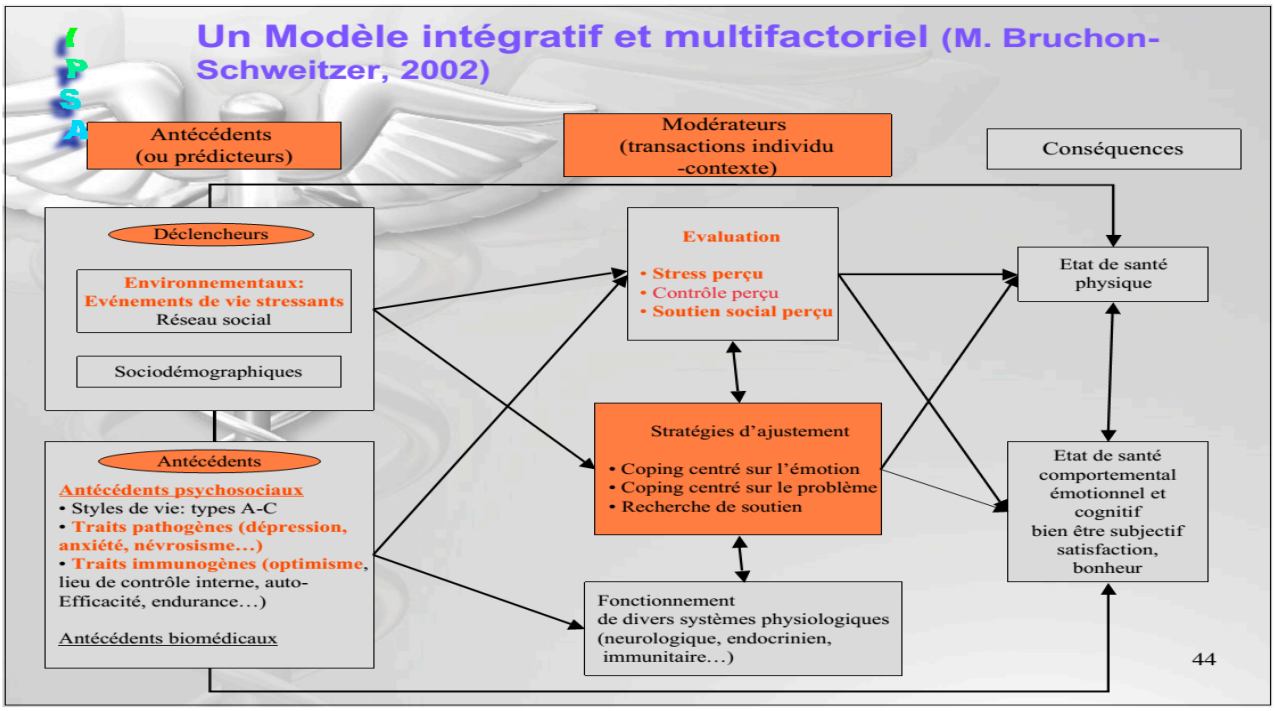


Figure 1 : Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétro-actions).

3. 3.1. La population d'étude

La population d'étude est l'ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous une ou plusieurs caractéristiques communes et sont de même nature. Notre population d'étude est constituée de tous les étudiants en situation de handicap inscrits à l'université de Yaoundé I.

3.3.2. Population cible

La population cible est l'ensemble des individus sur lesquels les résultats d'une étude peuvent être appliqués. La population cible de notre étude sera constituée de l'ensemble des étudiants en situation de handicap physique à l'université de Yaoundé I.

3.3.3. Population de recherche ou accessible

La population accessible est la partie de la population cible dont l'accès s'offre aisément au chercheur sans difficultés manifestes. En l'espèce, ce seront les étudiants en situation de handicap physique sélectionnés dans certaines facultés de l'université de Yaoundé I.

3.4 L'échantillon et l'échantillonnage

Dans le cadre de notre étude, pour des raisons d'accessibilité, nous ferons recours à la technique d « 'échantillonnage en boule de neige » ou par «réseau », un échantillon non probabiliste obtenu sur la base d'un choix raisonné, donc de convenance. Cette technique consiste à choisir un noyau d'individus (des personnes considérées comme influentes par exemple) ; noyau auquel s'ajoutent toux ceux qui sont en relation (d'amitié de travail, d'affaire…) avec eux et ainsi de suite. On se fonde donc sur les réseaux sociaux, d'où l'expression « par réseau »

De ce fait, dans le cadre de cette étude, les étudiants en situation de handicap à l'université ayant une association, nous sommes entrés en contact avec la présidente de cette association. En effet, nous avons rencontré la présidente de cette association qui nous a remis le contact des différents membres qui comptaient 43 personnes et nous les avons contactées individuellement. De ces 43 personnes contactées, 05 n'ont pas répondu ou n'ont pas rendu les appels et 04 ont refusé de participer. Les raisons évoquées pour le refus de participer sont un manque de temps (n=2), ne sont plus étudiants (n=2), nous avons expliqué aux personnes contactées que l'étude portait sur les barrières attitudinales et les stratégies de coping utilisées par les ESHP à L'université de Yaoundé I. Finalement 34 personnes ont accepté de participer, ils ont ensuite été contactés par téléphone et on leur a présenté plus en détails le but, la procédure et le temps requis pour la participation à l'étude. Les personnes ayant accepté de participer ont été rencontrées par le chercheur sur le campus de l'université de Yaoundé I pour les uns et pour certains à domicile, s'ils leurs étaient impossible de se déplacer. Les entretiens étaient d'une durée oscillant généralement entre 45 à une heure de temps et elles étaient entrecoupées de pause, au besoin.

3.5. Stratégie d'analyse

L'analyse des données est très importante dans toute recherche que ce soit qualitatif ou quantitatif car c'est dans cette partie que les résultats émergents. Ainsi, pour procéder à l'analyse

des entretiens que nous avons réalisés, nous avons commencé par retranscrire de façon intégrale tous nos enregistrements. Nous nous sommes inpirés du schéma de Bardin ci-dessous pour procéder à l'analyse

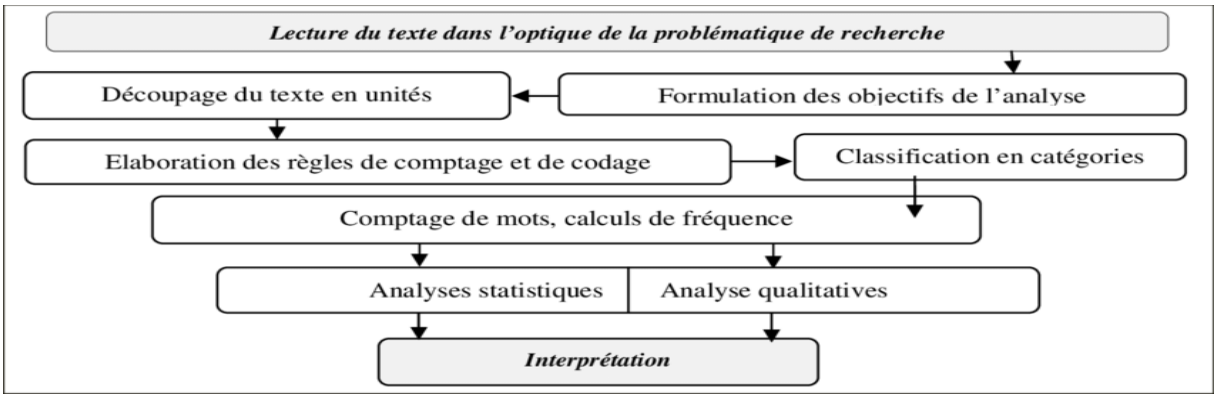


Figure 2 : Les principales étapes de l'analyse de contenu, (Bardin,2013)

3.6. Les méthodes d'analyse

3.6.1. Analyse descriptive

L'analyse descriptive nous permet de résumer un ensemble de données brutes à l'aide de techniques statistiques. Elle vise essentiellement à décrire les caractéristiques d'un échantillon et à répondre aux questions de recherche (Fortin et Gagnon, 2015).

3.6.2. Analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM)

L'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) permet de visualiser les corrélations ou les correspondances entre les variables. En outre, elle met en exergue les interrelations entre plusieurs variables à partir desquelles on peut apercevoir des regroupements de variables par « affinité » ou par proximité statistique et la position des unes (ou de certains groupes de variables) par rapport à d'autres. Elle a l'avantage de résumer une masse d'informations contenues dans plusieurs variables. Cette technique permet ainsi d'obtenir un nombre réduit de variables résumées appelées facteurs, qui dans la présente étude permettent de caractériser les comportements de la population étudiée en fonction du type de leur handicap. Le logiciel utilisé pour cette méthode est le logiciel SPSS (version 20).

3.6.2 Analyse de contenu

L'analyse de contenu est une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications ayant pour but de les interpréter. Elle

s’organise autour de trois phases chronologiques à savoir la pré-analyse, l’exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats, l’inférence et l’interprétation. De ce fait, nous avons utilisé cette méthode pour analyser les données recueillies dans ce travail.

Chapitre 4:Présentation des résultats et discussion

4.1. Présentation des résultats

Après avoir présenté la problématique de la recherche, le cadre conceptuel et théorique ainsi que la méthodologie, c'est le moment pour nous de présenter les résultats de la recherche. Ce chapitre présentera les informations recueillies auprès des participants. Nous allons des à présent faire parler nos matériels, c'est-à-dire procéder à une analyse soutenue des entretiens réalisées. Comme l'a souligné Bellot (2001), faire parler le matériel n'est pas que le fruit de la retranscription des données recueillies lors de nos entrevues, mais c'est un processus beaucoup plus complexe qui consiste en un processus de traitement, d'organisation, et de classement. Pour l'approche qualitative, il s'agit d'un processus de compréhension de la réalité décrite par les étudiants en situation de handicap physique rencontrés. Ainsi, cette partie vise à présenter les points de vue de quelques-uns des 32 étudiants en situation de handicap physique interviewés dans le cadre de cette étude portant sur les stratégies de coping utilisées par les étudiants de l'université de Yaoundé I en situation de handicap physique pour faire face aux barrières attitudinales auxquelles ils sont confrontés. La première partie traite des caractéristiques sociodémographiques de ces derniers. Dans la seconde section, nous analyserons les barrières attitudinales à l'égard des étudiants en situation de handicap physique à l'université de Yaoundé I alors que la suivante présentera les stratégies que ces derniers utilisent pour faire face à ces barrières.

4.1.1 Caractéristiques sociodémographique et profil des enquêtés

4.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Chez les 32 participants qui ont acceptés de participer à cette étude, nous avons 12 femmes, soit un pourcentage de 37.5% et 20 hommes, soit un pourcentage de 62.5% ; la moyenne d'âge est de 27 ans.

Les participants sont tous Chrétiens et célibataires. Parmi ces participants, certains (n=25), soit 78.12% étudient à la faculté des arts, lettres et sciences humaines (FALSH), dans diverses filières à savoir : sociologie (n=9), lettres modernes françaises (n=4), étude ibérique (n=3), psychologie (n=3), étude germanique (n=2), philosophie (n=2), Art et archéologie (n=1), littérature et civilisation Africaines (n=1). D'autres (n=5), soit un pourcentage de 15.625% étudie à la faculté des sciences (FS) dans les filières telles que Chimie (n=2), Biochimie (n=1), Biologie animale (n=1), et informatique. Et enfin 2 étudiants, soit un pourcentage de 6.25% étudient à la faculté

des sciences de l'éducation (FSE) en intervention, orientation extrascolaire (IOE) et en éducation, curriculum et évaluation. 19 participants, soit 59.37 % disent qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en même temps que leurs études tandis que 13, soit 40.63 % disent exercer une activité professionnelle. La majorité des participants (n=20), soit 62.5%, ont un handicap physique moteur, 10 ont un handicap physique visuel, soit 31.25% et 2 ont un handicap physique auditif, soit un pourcentage de 6.25 %.

4.1.1.2. Profil des Etudiants en situation de handicap à l'Université de Yaoundé 1.

Il s'agit dans cette partie de ressortir le profil des étudiants en situation de handicap en milieu universitaire suivant le type de handicap et les réactions face à certaines barrières attitudinales. Pour ce faire, nous allons tout d'abord définir les axes factoriels, ensuite ressortir graphiquement le profil de ces étudiants.

4.1.1.3 Définition et caractérisation des axes factoriels

Pour dresser le profil des étudiants enquêtés, nous retenons deux axes principaux pour représenter les interdépendances entre variables. Chaque modalité des variables retenues est placée dans l'axe où il contribue le plus. Les variables et les modalités retenues après recodage des questions ouvertes sont : sexe (masculin, féminin), type de handicap (moteur, visuel, auditif), réaction face à la pitié des autres (sensibilisation, isolement, colère, défi, indifférence), la personne handicapée mérite une attention particulière (non, plus ou moins, oui).

Pour chaque axe l'on a distingué les points-modalités qui se situent dans la partie négative de ceux qui se situent dans la partie positive. Le tableau ci-dessous récapitule le positionnement des points modalités sur les axes :

Tableau 1 : positionnement des points modalités sur les axes

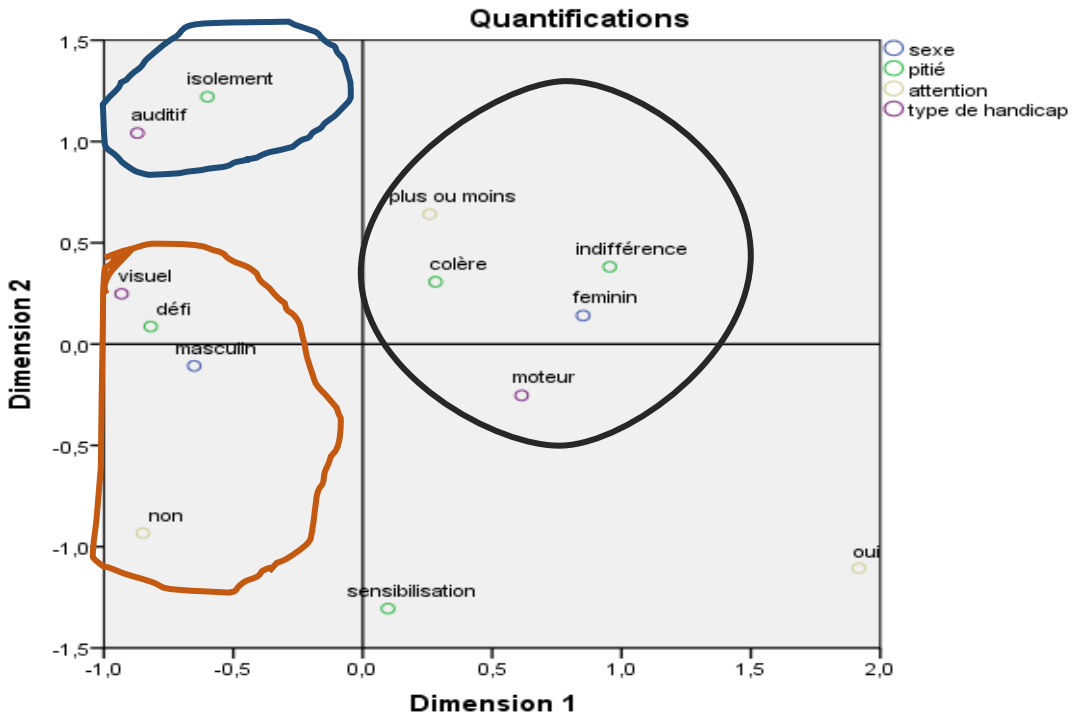
Axe 1		Axe 2	
Positif	Négatif	Positif	Négatif
Femme, indifférence, Sensibilisation,	Homme, défi,	Isolement, plus ou moins	
oui, moteur	visuel	auditif, colère	non

Source : chercheur

4.1.1.4 Représentation graphique et profil des étudiants en situation de handicap

Le positionnement des points modalités sur les axes nous permet d'obtenir le plan factoriel ci-dessous. Ce graphique montre un rapprochement entre le type de handicap et les réactions face aux barrières attitudinales. Trois principaux groupes d'individus se démarquent :

Figure 3: Représentation graphique et profil des étudiants en situation de handicap



physique

Le premier groupe présente les caractéristiques des personnes ayant un handicap moteur. Ce sont pour la plupart des femmes, qui sont indifférentes face à la pitié des autres car elles estiment que ces individus sont ignorants ; toutefois, elles se mettent quelque fois en colère. Ces femmes reconnaissent également que les personnes vivant avec un handicap nécessitent un traitement différentiel, traitement qui ne doit pas pour autant les assimiler à des personnes totalement inaptes.

Le deuxième groupe met en évidence les caractéristiques des personnes ayant un handicap visuel. Il s'agit majoritairement des hommes, qui sont toujours prêt à relever un défi afin de montrer aux autres que le handicap n'est ni une fatalité ni une maladie. Pour ces derniers, le handicap n'est pas synonyme d'inaptitude totale.

Le troisième groupe quant à lui, est constitué des personnes ayant un handicap auditif. La principale caractéristique de ces derniers est l'isolement face à la pitié des autres.

4.1.2 Les représentations des personnes vivant avec le handicap sur les barrières attitudinales

4.1.2.1 Barrières attitudinales et barrières personnelles

Cette partie s'intéresse aux perceptions des barrières attitudinales par les personnes handicapées. En effet, il ressort de l'analyse des réactions des enquêtés que les barrières attitudinales sont l'apanage des autres, des personnes jugées normales. En effet, les ESHP s'estiment victimes de stigmatisation, voire de persécutions par les autres. En effet, le handicap est toujours appréhendé d'un point de vue déficitaire, qui s'accompagne d'un mécanisme d'exclusion. La personne handicapée est considérée comme une personne fragile, inapte et de ce fait qui nécessite une attention particulière. Ceci se traduit par des attitudes de compassion, de pitié à son égard. Toutefois, ces attitudes vont dans bien des cas diluer les mérites des personnes handicapées, à qui la société ne laisserait pas la possibilité d'affirmer ses compétences. Dès lors, cette pitié, cette compassion, deviennent dans bien des cas aux yeux des ESHP des attitudes hostiles à leur épanouissement car *« ça frustre et ça crée un choc émotionnel. Je me sens diminué »* déclare un enquêté. La personne vivant avec un handicap aimerait s'affirmer comme une personne à part entière, capable de relever des défis. Si d'aucuns reconnaissent que le handicap est une situation particulière qui nécessite une mobilisation particulière, ils s'insurgent par contre du fait qu'on ne les laisse pas essayer.

Sur un tout autre plan, les personnes vivant avec un handicap ne s'assimilent pas toujours à des personnes diminuées. Il s'agit plus ou moins d'un déni de la réalité qui se traduit souvent par la propension de ces derniers à vouloir toujours prouver à tout prix et à tous les prix qu'ils sont capables : « *je crois en ce que je peux faire. Les opinions des autres ne comptent pas vraiment. Je leur prouve toujours le contraire* » déclare un enquêté. Toutefois, il est des situations qui amènent les uns et les autres à reconnaitre leur statut particulier et à s'arrimer en conséquence : « *je pense qu'il s'agit ici de la discrimination positive parce qu'il y'a réellement des activités que je ne peux effectuer à cause de mon handicap* ». C'est dire que, au-delà des barrières attitudinales, il existe des barrières personnelles qui créent des problèmes d'adaptation des personnes vivant avec un handicap en milieu universitaire : « *L'université se retrouve*

impuissante face à nos problèmes d'adaptation » déclare une enquêtée non voyante. « le *seul apport que j'ai est personnel car les autres ne savent pas quoi faire* » renchérit un enquêté.

4.1.2.2 Discrimination positive comme barrière attitudinale en milieu universitaire ?

Il s'agit dans cette partie de savoir si l'on doit considérer la discrimination positive comme une barrière attitudinale en milieu universitaire. En effet, la personne handicapée est perçue comme une personne diminuée de ses aptitudes. De ce fait, l'université a mis sur pied une forme de discrimination positive afin de favoriser l'insertion de personnes vivantes avec le handicap en milieu éducatif. Au rang des commodités mises en place par l'université, se trouve l'exemption des droits universitaire, le ticket gratuit pour les restaurants et la mise en place d'une association d'étudiants handicapés : « l'Université *a d'abord créer une association des étudiants handicapés qui se pose comme une plateforme d'entraide, de soutien entre étudiants handicapés et aussi un tremplin d'intégration et d'ouverture envers les autres et aussi un espace qui porte le plaidoyer des étudiants handicapés vers les autorités* ».

Toutefois, certains handicapés assimilent parfois l'aide qui leur est apportée à une barrière attitudinale : « *je suis parfois reconnaissant des aides mais, il' y'a des aides remplies de pitié qui parfois vous réduit, donnant l'impression que vous ne valez rien* » déclare un répondant. Pour d'autre cette aide n'existe même pas : « *l'Université ne fait rien pour nous. En réalité nous nous battons nous même* ». C'est dire que, l'aide reçue par ces derniers s'assimile parfois à une forme de pitié dont les uns et les autres n'en veulent pas. Dans un tel contexte, la discrimination positive est considérée par ces derniers comme une forme de diminution de leur potentiel et par extension de leur personnalité.

4.2 Les réactions contrastées des étudiants en situation de handicap face aux barrières attitudinales

4.2.1. Les formes de réaction face aux barrières attitudinales

Généralement cinq (05) formes de réaction ressortent face aux barrières attitudinales à l'exploitation des différents entretiens : la sensibilisation, l'isolement, la colère, le défi et l'indifférence.

La sensibilisation implique une réaction compréhensive vis-à-vis des différents stigmates que les individus peuvent avoir sur le handicap. En outre, elle démontre le désir des personnes

handicapés de vouloir édifier les uns et les autres sur leur handicap de manière à ce que ces derniers ne soient plus considérés comme des malades dont on doit avoir pitié.

L'isolement se rattache à des attitudes tels que la frustration, la pitié, la sensation d'être diminuée, le repli sur soi. Il s'agit d'une situation d'impuissance sans chercher un moyen d'y remédier qui entraine une situation de repli identitaire pouvant dans des cas extrêmes pousser à l'asociabilité.

La colère est une réaction violente face aux individus qui considèrent des personnes handicapées comme des personnes inaptes et qui dans ce cas, volontairement ou involontairement, adoptent des attitudes différentes vis-à-vis de ces derniers.

Le défi traduit la volonté des personnes vivants un handicap de s'affirmer comme étant des personnes « normales » qui peuvent faire face à toutes les situations autant que des personnes qui s'estiment normales.

L'indifférence traduit le comportement des personnes qui acceptent sans rien dire les allégations de la population, sans modifier de façon substantielle leur manière de penser et de sentir et d'agir au quotidien.

4.2.2 Classification des réactions face aux barrières attitudinales : typologie de coping

Dans la structuration des discours des uns et des autres quelques tendances se dégagent et permettent de structurer les réactions face aux barrières attitudinales en deux composantes : les réactions résilientes et les réactions vulnérables. La résilience peut être définie comme la mise en évidence de l'interaction entre des facteurs de risque et de protection psychologiques et environnementaux permettant aux personnes de se développer dans les meilleures conditions en dépit d'un contexte très aversif, tandis que la vulnérabilité une possible défaillance de l'équilibre interne face à l'adversité.

Notons que, la résilience est davantage associée à des stratégies de coping vigilantes dites actives à l'instar du coping centré sur le problème tandis que la vulnérabilité s'apparente aux stratégies de coping évitantes dites passives tel que le coping centré sur les émotions. Le tableau ci-dessous illustre cette structuration :

Tableau 2: Classification des réactions face aux barrières attitudinales : typologie de coping

Type d'attitudes	Champ lexical	Stratégies de coping
Vulnérabilité ou réponses	Frustration	**stratégies «évitantes» (avoidant coping)**
déni	Malaise	**coping passif** regroupe de nombreuses
fuite	Plainte	distraction, diversion, répression, faiblesse,
	Éloignement	vigilance, évitement, attitude défensive,
	Pleurs	résignation
	Avoir mal	**<u>exemple</u>: coping centré sur les émotions**
	Hystérie	
	Evitement	
	Blessure	
	Nervosité	
	Humiliation	
	Silence	
Résilience inclut :	Mérite	**stratégies « vigilantes » ou actives** qui
	Epreuves	attention, sensibilité, vigilance, implication,
	Preuve	réévaluation, attitude, non défensive
	Défi	
	Réconfort propre	
	Compétences	**<u>exemple</u> : coping centré sur le problème**
	Affrontement	
	Bons résultats	

Source : chercheur

L'interprétation qui découle de ce tableau situe aisément la nature de la problématique que l'on cherche à illustrer. En effet, la réaction des ESHP oscille en général entre deux pôles en fonction de la réalité à laquelle ces individus font face. D'un côté, se trouve la vulnérabilité qui implique le repli sur soi, la frustration et dans des cas extrêmes à la violence. Ce type de réaction est caractéristiques des stratégies de coping évitantes ou passives, à l'exemple du coping centré sur les émotions.

De l'autre côté, se manifeste la volonté d'affirmer le handicap comme une situation particulière qui ne constitue pour autant pas une barrière à l'épanouissement et l'affirmation des uns et des autres. Dans un tel registre se classe les stratégies de coping vigilantes ou actives, à l'instar du coping centré sur le problème.

4.2.3 Des stratégies de coping variées face aux barrières attitudinales en milieu universitaire

Les stratégies de coping, entendus comme des stratégies de défense et/ou d'adaptation sont associées à des pathologies particulières. Il s'agit des divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Une stratégie de coping est spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement. Sa fonction est de permettre à l'individu de maitriser, réduire ou supporter les perturbations induites par une situation. L'essentiel de notre analyse se décline autours de deux types de stratégies de coping : les stratégies de coping centrées sur le problème et celles centrées sur les émotions. Pour rappel y a une parenté évidente des stratégies évitantes avec le coping centré sur l'émotion et des stratégies vigilantes avec le coping centré sur le problème.

4.2.3.1. Stratégies de Coping centré sur le problème

Il s'agit d'un type de stratégie qui vise à s'attaquer à la cause profonde d'un problème. Encore appelé coping actif, le coping centré sur le problème est en général efficace pour les situations que l'on peut contrôler. Il s'inscrit dans le cadre des stratégies « vigilantes » (vigilant coping), qui inclut : attention, sensibilité, vigilance, implication, réévaluation, attitude non défensive. Toutefois, il peut également s'appuyer sur la colère et dans une certaine mesure la violence. C'est

un coping d'approche comprenant d'une part la recherche du support social et d'autre part la résolution de problèmes. Pour notre analyse, nous retenons trois stratégies centrées sur le problème : coping de confrontation, recherche du soutien social et réappropriation positive.

4.2.3.2 Coping de confrontation

Il consiste à prendre des mesures actives et radicales (souvent accompagnées de colère et d'une prise de risque importante) pour changer la situation. En milieu estudiantin, les personnes vivant avec un handicap recourent à cette stratégie en réponse à certaines barrières attitudinales à l'instar de la pitié des autres, des paroles blessantes, des atteintes physiques et parfois du favoritisme à leur égard.

En ce qui concerne le favoritisme, l'idée répandue selon laquelle les handicapés sont favorisés pendant les compositions irritent les enquêtés qui n'hésitent pas à se mettre en colère. En effet, selon un répondant handicapé moteur, « *être handicapé ne veut pas dire être idiot ou bête (….) c'est mon pied qui est handicapé, pas ma* tête ». *En outre, les personnes vivant avec un handicap méritent les notes qui leur sont attribués au même titre que les personnes normales car : « il me semble que les copies sont anonymes. Comment un correcteur saura-t-il qu'il a affaire à une étudiante handicapée ?* » (Un enquêté).

Face aux paroles blessantes des autres, les attitudes divergent d'un enquêté à l'autre. Toutefois, dans la panoplie de réponses recueillies, se trouve en bonne place la colère qui amène certaines personnes à réagir très mal et même à bagarrer : « *je bagarre si je n'arrive pas à digérer* ». Lorsqu'enfin, ils se sentent agressés physiquement, deux réactions émergent à savoir se défendre en bagarrant et en portant plainte. Et à un autre répondant d'affirmer : « *je leur porte plainte* ».

En somme, face aux barrières attitudinales, certains enquêtés font recours au coping de confrontation. L'une des manifestations de ce coping est le désir des uns et des autres de s'affirmer comme personne à part entière qui peuvent faire leurs preuves face à des situations. Ce désir amène parfois au rejet de toute aide que l'on peut accorder à un handicapé. *« Je m'affirme dans ce que je fais en rejetant toute tentative d'aide liée à mon handicap. Je n'accepte pas les avantages qui visent à me favoriser à cause de ma situation dont je travaille dure pour être au même titre que les autres* » (répondant 8).

4.2.3.3 Recherche de soutien social

Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 365)**.** Elle consiste à rechercher le support social pour faire face à une situation d'adversité. En milieu universitaire, ce soutien social est de deux ordres : institutionnel et social.

Sur le plan institutionnel, d'aucuns estiment que l'université est un lieu par excellence de prolifération de barrières attitudinales dans la mesure où « l'*Université n'a jamais rien fait pour moi. Même le logement à la résidence universitaire je le payais comme tous les étudiants régulièrement inscrits.* ». Toutefois, d'autres capitalisent à loisir l'aide universitaire qui se décline par l'exemption partielle des droits universitaires, les facilitations d'accès à la documentation, les supports de cours, les tickets de restaurant. En outre, « *l'Université a d'abord créer une association des étudiants handicapés qui se pose comme une plateforme d'entraide, de soutien entre étudiants handicapés et aussi un tremplin d'intégration et d'ouverture envers les autres et aussi un espace qui porte le plaidoyer des étudiants handicapés vers les autorités* ». Néanmoins, le soutien institutionnel, quoique présent, reste limité selon une handicapée visuelle, « *l'université se retrouve impuissante face à nos problèmes d'adaptation. Néanmoins, elle met en place des équipes techniques lors des évaluations pour mieux nous superviser* ». En définitive, les individus capitalisent bien le soutien institutionnel, quoique certaines personnes éprouvent toujours des difficultés d'adaptation. Il faut par ailleurs souligner que les personnes handicapées doivent mériter une attention particulière, attention qui ne doit pour autant pas les assimiler à des personnes inaptes tel que le déplore ce répondant : « *je suis souvent indigné et je me révolte en revendiquant une égalité pour tous car le profane a toujours tendance à limiter nos compétences* ».

Sur le plan social, les personnes handicapées sollicitent l'aide de leurs camarades et enseignants au quotidien pour certaines besognes : les supports de cours, le déplacement et le transport. C'est ainsi qu'un répondant déclare : « *les camarades me soutiennent quand il faut descendre les escaliers* ». Pour un handicapé visuel également, le soutien social se manifeste par l'aide reçue pour la lecture des cours : « *les pairs m'encouragent beaucoup ; m'aident dans les travaux comme traiter les anciennes épreuves, lire les cours* ». Toutefois, l'un des plus grands soutiens

pour certains, consiste à être traité comme les autres : « *mes enseignants ne se comportent pas avec moi comme si j'étais différent et cela me suffit énormément* ».

4.2.3.3.1 Réappropriation positive.

Cette stratégie de coping vise à positiver les choses, à tenter de donner une nouvelle signification à une situation afin de l'améliorer. Elle consiste à s'efforcer d'analyser une situation et à en prendre le contrôle. Dans le cadre de notre travail sur les stratégies utilisées pour faire face aux barrières attitudinales en milieu universitaires, trois réactions correspondant à cet état de fait ont été identifiées : la joie (rire), la blague et la compréhension.

En ce qui concerne la joie, une enquêtée affirme que lorsque les personnes ont pitié d'elle, elle se sent joyeuse : *« je suis contente et me sens en sécurité avec eux* », tout comme cet enquêté qui est heureux quand les autres pensent qu'il dispose d'un avantage à cause du handicap « *je suis fier* ».

S'agissant de la blague, des répondants, face aux injures, disent tourner la situation en dérision et de ne pas s'y attarder : « *Je minimise la situation, je transforme ça en blague, je rends la situation banale. Je ne m'y attarde pas* ». Dans d'autres cas, « *je leur répondrai par un sourire* » ou « *je brille simplement par le silence et je peux également les intriguer à travers leur défauts* ».

Par ailleurs, affronter le problème de manière positive renvoie parfois à se tourner vers les autres pour les édifier sur le handicap quand ils ont peur de vous offenser ou à se mettre à leurs places pour comprendre leurs réactions. C'est ainsi que l'un des participants affirme que « *j'irai vers lui, histoire de forcer le contact. Cela est une manière de les sensibiliser* » et à l'autre de renchérir *« je me mets à leur place »*. En somme, selon des répondants, beaucoup sont ignorants et à ce titre il ne faut pas accorder du crédit à leurs propos blessants.

4.2.3.3.2 Coping centré sur les émotions

Le coping centré sur les émotions cherche à ventiler, à gérer ou à pallier une situation par une réponse émotionnelle adaptative ou non adaptative (stratégies d'auto-préoccupation, fantaisies, régulation consciente de l'affect, recherche de soutien émotionnel (Parker et Endler, 1996). Ecore appelé coping passif, celui-ci est en général efficace pour les situations que l'on ne peut pas contrôler. Il s'inscrit dans le cadre des stratégies « évitantes » (avoiding coping), qui regroupe de nombreuses réponses de coping : distraction, diversion, déni, faible vigilance, évitement, fuite, fatalisme, résignation, attitude défensive. Toutefois ces stratégies permettent dans certains cas de

faire face aux émotions négatives. Dans le cadre de notre travail, trois stratégies de coping centré sur les émotions ont été mises en évidence : l'évitement, le self control et le soutien émotionnel.

4.2.3.3.3. L'évitement

C'est une manière d'aborder un problème visant à faire un effort cognitif pour se distancer de la situation, voire fuir le problème. Dans le cadre de notre travail, les situations d'évitement les plus couramment rencontrées sont l'éloignement et le tracas des enquêtés sur leur situation de handicap. Ces situations sont l'aboutissement d'un processus de stigmatisation qui s'accompagne en général de réactions extrêmes telles que la frustration, l'hystérie, les pleurs, apitoiement, le silence, la tristesse et la gêne.

En ce qui concerne l'éloignement, Certains participants ont affirmé que lorsque leurs camarades ou enseignants ont peur d'eux et les évitent, ils préfèrent se retirer, se replier sur eux, s'isoler. C'est l'exemple du participant 1 qui déclare que « *l'évitement des camarades et enseignants certainement vont susciter en moi un sentiment de rejet, car j'aurais l'impression d'être stigmatiser, bref d'être un sous homme qui peut être n'a pas sa place dans la société et à partir de là je vais me replier sur moi* **».** L'isolement est dans ce cas la réponse adaptative choisie par les ESHP pour faire face aux stigmates

Sur un tout autre plan, les barrières attitudinales conduisent les ESHP à s'apitoyer sur leur sort et à faire preuve de fatalisme. En effet, face aux injures des autres, beaucoup de tristesse est ressentie par les enquêtés : « on *ne doit pas parler de moi comme ça, je suis un être humain quand même* » ou encore « *je le prendrai mal. Je n'ai pas demandé à naitre avec un handicap alors pourquoi me stigmatiser* ». L'étudiant en situation de handicap est parfois traité de façon différente, ce qui frustre beaucoup ce dernier : *« ça frustre et ça crée un choc émotionnel ; je me sens diminué. Je vais vers cette personne et je lui fais comprendre de me traiter ou de me parler comme à tout le monde car je suis une personne à part entière. »*

Certains ESHP expriment leurs sentiments en pleurant, s'apitoyant sur leur sort. C'est dans ce sillage que le participant 1 dit que *« je garde toujours ce que je ressens dans mon Cœur ; je suis vraiment renfermée et parfois je pleure dans mon coin et ça me fait du bien.* »

4.2.3.3.4. Le self control

Dans cette stratégie, l'ESHP tente de moduler ses sentiments ou ses actions, à cacher ses émotions face à des barrières attitudinales. En effet, face à un évènement incontrôlable, les efforts répétés du sujet sont inutiles et épuisants et une stratégie de self contrôle peut s'avérer plus adaptée dans la mesure où elle permet de ne pas être submergée par la détresse. A l'issue de nos analyses, les réactions émotionnelles rattachées à la stratégie de self contrôle sont : le calme ou l'indifférence et le rire, et le défi.

En ce qui concerne l'indifférence, face à la pitié des autres, certains enquêtés sont indifférents face à la situation comme l'atteste cette assertion : « *je suis indifférent* ». Pour certains qui pensent que les ESHP disposent d'un avantage à cause de leur handicap, un enquêté leur répondra en ces termes : « *je m'en fou* ».

S'agissant du rire, face aux injures, un enquêté déclare : « *ça me fait rire car nul ne connait demain* ». Cette assertion traduit le contrôle dont fait preuve l'enquêté tout en dévoilant une certaine rancœur profonde à l'endroit des pairs.

Enfin en ce qui concerne le défi, les uns et les autres estiment parfois que l'aide qui leur est accordée est remplie de pitié, ce qui est de nature à les frustrer « *je suis parfois reconnaissant des aides mais, il' y'a des aides remplies de pitié qui parfois vous réduit, donnant l'impression que vous ne valez rien* ». Et face à cela, ces enquêtés développent des attitudes de défi se caractérisant par la volonté de tout faire par eux même. C'est dans ce sillage que, parlant du soutien moral des autres, un enquêté déclare : *« le seul apport que j'ai est personnel car les autres ne savent pas quoi faire ».*

4.2.3.3.5. Le soutien émotionnel

Le soutien émotionnel permet de faire face aux barrières attitudinales, dans la mesure où elle permet de rehausser l'estime de soi chez les ESHP. A l'issue de notre analyse, ce type de coping se manifeste chez les enquêtés à travers la recherche des conseils et du soutien affectif auprès de la famille, de la communauté éducative et des pairs.

En effet, le réconfort moral, social et psychologique est recherché par les ESHP pour faire face à leurs difficultés d'adaptation en milieu universitaire. « *L'aide de la communauté éducative m'a servi de tremplin. En s'intéressant de plus en plus à mon handicap et en faisant des efforts d'en*

tenir compte en cours comme en composition » déclare un handicapé visuel. Dans le même sillage, « *la majorité de mes enseignants ne maitrisent pas l'écriture braille encore moins l'éducation inclusive mais ils essayent autant que faire ce peu de mettre à ma disposition des méthodes de travail plus faciles* » déclare un autre répondant handicapé visuel.

De même à travers le soutien émotionnel des pairs, certains se sentent moins diminués, dans la mesure où : « *leur soutien majeur consiste à me prendre comme eux ».* Le soutien émotionnel en somme, permet aux ESHP de se sentir mieux, comme des personnes à part entière et non complexées : *« je leur en parle sans complexe car c'est mon quotidien. La plupart du temps je leur parle pour me libérer et aussi pour solliciter des conseils ».*

4.3 Discussion des résultats

Cette section présente la discussion des résultats issus des analyses précédentes. Cette étude avait comme objectif principal de présenter les stratégies utilisées par les étudiants en situation de handicap physique à l'université de Yaoundé I pour faire face aux barrières attitudinales à leur égard. Après l'analyse de nos résultats, nous avons constaté que les ESHP à l'université de Yaoundé I réagissaient de plusieurs façons aux attitudes négatives de leurs pairs et enseignants à leurs égards. Nous avons identifié entre autres la sensibilisation, l'isolement, la colère, le défi et l'indifférence. Les résultats obtenus confirment que pour faire face ou surmonter les attitudes négatives à leur égard, les ESHP à l'université de Yaoundé I utilisent divers stratégies. Ainsi, à la lumière des résultats obtenus sur le terrain concernant les stratégies utilisées par les ESHP à l'université de Yaoundé I pour surmonter les attitudes négatives de leurs pairs et enseignants à leurs égards. D'une part, trois stratégies de coping centrées sur le problème encore appelé coping actif ou vigilant : coping de confrontation, recherche du soutien social et réappropriation positive ont été mis en évidence et d'autre part trois stratégies de coping centrées sur les émotions à savoir l'évitement, le self control et le soutien émotionnel. Ces deux types stratégies de coping vont dans le sens des résultats obtenus par des études qui s'intéressent à faire l'inventaire des catégories de stratégies de coping utilisées. Par exemple, Ray, Lindop et Gibson (1982) et Lazarus et Folkman (1984a, 1984b) recensent les différentes modalités selon lesquelles les individus réagissent à certaines réalités de leur vie, tant au plan familial, professionnel ou autres. Ces deux formes de coping, le coping centré sur l'émotion et le coping centré sur le problème, s'avèrent utiles dans la plupart des situations stressantes, variant en proportions relatives selon

l'évaluation de l'événement. Par ailleurs, les stratégies centrées sur le problème et les stratégies de coping centréés sur les émotions permettent à l'ESHP de garder le moral haut et d'être prêt au défi et de capitaliser la discrimination positive liée au handicap, se réapproprier positivement certaines situations, d'avoir également des réponses adaptatives positives telles que le soutien émotionnel des pairs et le self control qui peut dans certains cas s'avérer plus adaptée dans la mesure où elle permet de ne pas être submergée par la détresse.

Aussi, nous avons relevé que le sexe des participants joue un rôle sur le choix du type de stratégies de coping utilisées pour surmonter les attitudes négatives. De ce fait, nous avons relevé que les femmes utilisaient plus les stratégies de coping centrées sur l'émotion tandis que les hommes utilisaient plus les stratégies centrées sur le problème. Nos résultats rejoignent ceux de Gholamzadeh et al. (2011) qui a indiqué dans son étude que le sexe des participants avait une influence sur le choix des stratégies de coping. Les hommes seraient plus à même de se diriger vers une stratégie de coping centré sur le problème alors que les femmes seraient plus attirées à se centrer sur les émotions.

En plus, Nous avons noté que la réaction des personnes en situation de handicap physique oscille en général entre deux pôles en fonction de la réalité à laquelle ces individus font face. D'un côté, se trouve la vulnérabilité qui implique le repli sur soi, la frustration et dans des cas extrêmes à la violence. Ce type de réaction est caractéristiques des stratégies de coping évitantes ou passives, à l'exemple du coping centré sur les émotions. De l'autre côté, se manifeste la volonté d'affirmer le handicap comme une situation particulière qui ne constitue pour autant pas une barrière à l'épanouissement et l'affirmation des uns et des autres. Dans un tel registre se classe les stratégies de coping vigilantes ou actives, à l'instar du coping centré sur le problème. Aussi, il n' ya pas de stratégies vraies ou fausses car tout dépend du contexte et de l'attitude négative en question. Ces résultats sont confirmés par les études de Rodrigues et al. (2008) et celle de Laranjeira (2011) qui stipulent que le choix des stratégies de coping est propre à chaque individu et qu'aucune d'entre elles ne peut être définies comme justes ou fausses.

De même, Nous avons également constaté que les ESHP utilisaient plus les stratégies de coping centrées sur le problème comme le coping de confrontation, la recherche du soutien social et la réappropriation positive pour surmonter les moqueries, la pitié, le traitement différentiel et bien d'autres. Ce résultat va dans le même sens que l'étude réalisée à Paris par Mazé et Verlhiac

(2013) sur 221 étudiants en première année universitaire qui indique que le soutien social perçu (favorisant la recherche de soutien social) est associé positivement à l'emploi d'un coping centré sur le problème. Néanmoins, il est important de noter qu'une stratégie de coping est efficace (ou adéquate) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Il convient donc, de signaler qu'aucune stratégie ne devrait être considérée comme meilleure ou moins bonne qu'une autre. Ceci rejoint le point de vue de Lazarus et Folkman (1984) qui stipule que le jugement porté sur la faculté d'adaptation d'une stratégie devrait en effet se faire par rapport au contexte dans lequel elle se produit.

4.3.1 Limites de l'étude

Les limites de la présente étude étaient les suivantes :

L'étude n'a pas touchée tous les ESHP au Cameroun, elle ne s'est focalisée que sur les étudiants en situation de handicap physique à l'université de Yaoundé I, laissant de coté les autres universités du pays. De même, nous ne nous sommes intéressés qu'aux étudiants en situation de handicap physique laissant de coté les autres types de handicap existant.

Aussi, L'échantillon de l'étude était basé sur la convenance. Par conséquent, il n'a pas donné les chances égales à tous les étudiants en situation de handicap de la population d'être sélectionnés dans l'échantillon.

La méthodologie qualitative repose sur des choix et des interprétations personnelles qui peuvent différer d'un chercheur à l'autre, ce type de démarche contient donc une part importante de subjectivité. Nous avons également fait face à une quantité importante de données à organiser le mieux possible pour que leur lecture soit aisée. Or, toutes les stratégies de coping étant liées entre elles et influencées par des facteurs émotionnels et relationnels, nous avons dû faire des choix pour que leur présentation soit claire et pertinente pour le lecteur. Nous n'avons pas pu être exhaustives mais nous pensons avoir sélectionné les éléments essentiels répondant à notre question de recherche.

4.3.2 Recommandations

Il a été observé au cours de cette recherche et / ou dans la littérature que les ESHP utilisaient deux principales stratégies à savoir le coping centrées sur le problème (coping de confrontation, recherche du soutien social et réappropriation positive) et le coping centrées sur les émotions

(l'évitement, le self control et le soutien émotionnel) pour faire face aux attitudes négatives de leur pairs et/ou enseignants à leurs égards. Aussi, au-delà des barrières attitudinales, il existe des barrières personnelles qui créent des problèmes d'adaptation des personnes vivant avec un handicap en milieu universitaire Sur la base des résultats de cette étude, les recommandations suivantes ont été formulées:

Le handicap étant un phénomène qui peut survenir à tout moment de la vie, il est recommandée que les pairs, les enseignants change d'attitudes et traitent les ESHP comme des êtres à part entière car nul n'est maitre de son futur. En outre, les ESHP devraient éviter de développer des barrières personnelles qui empêcheraient également leur épanouissement. Ils devraient être ouvert et ne pas toujours voir tout ce que les personnes dites valides font comme étant négatif.

De plus, le soutien a une place primordiale. Il est donc recommandé à tous les membres de la communauté universitaire (enseignants, pairs…) d'amplifier leur soutien vis-à-vis des ESHP. En effet, le soutien par les pairs et/ou les enseignants va favoriser leur épanouissement et une meilleure participation aux activités de la vie universitaire. De même, lorsque les uns et les autres sont à l'écoute des ESHP, ceci leur permet d'exprimer leurs ressentis, de se confier, d'essayer d'identifier des solutions dans le but de faire table rase des attitudes négatives.

4.3.3 Suggestions pour des études ultérieures

Après avoir analysé les résultats de l'étude, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait d'autres domaines qui pouvaient être étudiés. Ainsi, nous avons suggéré ce qui suit:

Il est important qu'une étude similaire soit menée dans les autres universités du pays afin de comparer les résultats avec ceux-ci dans le but de tirer une conclusion finale et incontestable. Considérant ainsi le nombre croissant d'ESHP dans nos universités, nous suggérons une autre recherche dans ce domaine.

Nos résultats ont mis en évidence que le choix des stratégies de coping à utiliser pouvait dépendre du genre des enquêtés. Il serait donc judicieux que de futures études s'intéressent à cette problématique en comparant les stratégies de coping utilisées selon le sexe et sur un échantillon plus représentatif.

De plus, cette étude s'est concentrée uniquement sur les stratégies de coping utilisées par les étudiants en situation de handicap physique pour faire face aux barrières attitudinales ; le autres

types de handicap comme le handicap psychique, mental ont été mis de côté. Ainsi, une autre recherche pourrait être menée sur les étudiants en situation de handicap mental à l'université.

Enfin, une étude similaire peut être menée sur des personnes en situation de handicap non scolarisés

Conclusion générale

L'intérêt pour le coping associé aux attitudes négatives a permis de soulever des questionnements intéressants notamment au regard des étudiants en situation de handicap, en l'occurrence les étudiants en situation de handicap physique. L'étude ci-dessus a fourni des informations sur les stratégies de coping qu'utilisent les ESHP à l'université de Yaoundé I pour faire face aux barrières attitudinales auxquels ils sont confrontés. D'après les résultats de l'étude, il a été révélé que ces derniers réagissaient de cinq façons face aux attitudes négatives : la sensibilisation, l'isolement, la colère, le défi et l'indifférence. Aussi, six stratégies de coping ont été identifiées de l'exploitation des entretiens subdivisés en deux grandes catégories telles que développés par Lazarus et Folkman (1984) à savoir le coping centré sur le problème et le coping centré sur les émotions. S'agissant du coping centré sur le problème, nous avons relevé le coping de confrontation, la recherche du soutien social et la réappropriation positive. Alors que, pour le coping centré sur les émotions nous avons mis en évidence l'évitement, le self control et le soutien émotionnel. Il en ressort qu'une stratégie de coping est efficace ou adéquate si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. De ce fait, nous avons noté qu'il n'y a pas de stratégies vraies ou fausses car tout dépend du contexte et de l'attitude négative en question comme le confirme les études de Rodrigues et al. (2008) et celle de Laranjeira (2011). Bien que, nous n'avons pu déterminer quelles stratégies étaient les plus utilisées par tous les participants, il semble que les stratégies centré sur le problème étaient plus utilisés par les hommes et les stratégies centrées sur les émotions par les femmes. Malgré ce constat d'ordre général, rien ne permet de conclure qu'une stratégie puisse être meilleure qu'une autre. En effet, chacune est constituée d'éléments susceptibles de surmonter ou supporter les attitudes négatives. De plus, rappelons que ces stratégies ne sont pas figées : l'ESHP peut passer de l'une à l'autre, en utiliser plusieurs simultanément, etc. Par ailleurs, ces stratégies sont fortement dépendantes du contexte dans lequel elles surviennent. Au terme de ce travail, il nous semble essentiel que la communauté éducative et plus particulièrement les pair et /ou enseignants changent d'attitudes et établissent un lien de confiance avec les ESHP, afin de contribuer à leur épanouissement en milieu universitaire.

Références bibliographiques

Ainscow, M. (2005). Developing inclusive education systems: what are the levers for change? *Journal of educational change, 6(2),* 109-124. Retrieved from http:/dx.doi.org/10.1007/s10833-005 1298-4.

Beauvois, J.-L. (1995). La connaissance des utilités sociales. *Psychologie française*, *40*(4), 37-387. Retrieved from https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.6.899.

Bruchon-schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers* 67, 68-83.

Bureau de recensement des Etats Unis d'Amérique (2011). US & World Population Clocks. Retrieved from http//www.census.gov/population/popclockworld.html consulté le 30 /04/2020.

Chataika, T. (2010), Inclusion of Disabled Students in Higher Education in Zimbabwe in: Lavia, J. and Moore, M. (Eds), *Cross-Cultural Perspectives in Policy and Practice: Decolonizing Community Contexts*, 116-131, New York: Routledge.

Crawford, D. & Ostrove, J. M. (2003). Representations of Disability and the Interpersonal Relationships of Women with Disabilities. *Women & Therapy, 26* (3-4), 179-194. Retrieved from https://doi.org/10.1300/J015v26n03_01.

Demain O. (2007). Vivre le handicap au Cameroun. [Mémoire Master professionnel en Déficiences et Activités Physiques Adaptées. Université Marc Bloch, Strasbourg].

Department for international development. (2012). Education for Children with Disabilities: improving access and quality. Retrieved from http/www.gov.uk/government/upload/attachment/data/file/67664/3.

Dif, S., Guimond, S., Martinot, D., & Redersdorff, S. (2001). La théorie de la privation relative et les réactions au handicap : le rôle des comparaisons intra-personnelles dans la gestion de l'estime de soi. *International Journal of Psychology*, *36*(5), 314-328. Retrieved from https://doi.org/10.1080/00207590143000144.

Dubois, N., & Beauvois, J. L. (2005). Normativeness and Individualism. *European Journal of Social Psychology, 35,* 123-146. Retrieved from https://doi.org: 10.1002/ejsp.236.

Dunn, K., (2003). Interviewing. In I. Hay (ed). *Qualitative Research Methods in Human Geography.* 149-189. Oxford: Oxford University Press.

Dutta, A., Scguri-Geist, C., & Kundu, M., (2009). Coordination of postsecondary transition services for students with disability. *Journal of Rehabilitation, 75 (1),* 10-17. Retrieved from https://www.the free library.com

Ebata, A.T. & Moos, R.H. (1994). Personal, situational, and contextual correlates of coping in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 4(1),* 99-125. Retrieved from https://doi.org10.1207/s15327795jra0401-6

Foreman, P., Dempsey, I., Robinson, G., and Manning, E., (2001). Characteristics, academic, and post-university outcomes of students with a disability at the University of Newcastle. *Higher Education Research & Development, 20*(3), 313-325. Retrieved from https://doi.org/10.1080/07294360120108386

Fortin, M. & Gagnon, J. (2015). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Louvain-la-Neuve, BE : De Boeck.

Fougeyrollas, P. Cloutier, R & Bergeron, H. (1998). *Classification québécois. Processus de production du handicap*. Québec, Réseau international sur le processus de production du handicap.

Gholamzaseh, S; Sharif, F; & Rad, F. D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in Admission and Emergency Department in Hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research,* 16 (1), 4-46. Retrieved from http:/ijnmr/article/ view/283/355

Goffman, E. (1963). *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*. Paris, Edition de Minuit . (édition revue, 1996).

Greenglass, E.R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology : An International Review*, 42 (4) , 323-340. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.14640597.1993. tb00748.x

Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York: Academic Press.

Hamonet, C. & Magalhaes, T. (2001). *Système d'Identification et de Mesure des Handicaps*. Paris, Eska

Greenglass, E.R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology : An International Review*, 42 (4) , 323-340. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.14640597.1993. tb00748.x

Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York: Academic Press.

Hamonet, C. & Magalhaes, T. (2001). *Système d'Identification et de Mesure des Handicaps*. Paris, Eska

Greenglass, E.R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology : An International Review*, 42 (4) , 323-340. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.14640597.1993. tb00748.x

Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York: Academic Press.

Hamonet, C. & Magalhaes, T. (2001). *Système d'Identification et de Mesure des Handicaps*. Paris, Eska

Greenglass, E.R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology : An International Review*, 42 (4) , 323-340. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.14640597.1993. tb00748.x

Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York: Academic Press.

Hamonet, C. & Magalhaes, T. (2001). *Système d'Identification et de Mesure des Handicaps*. Paris, Eska

Hirschauer-Rohmer, O. (2002). Réactions émotionnelles et jugement social des personnes handicapées physiques : de la perception du handicap aux comportements d'embauche. [Thèse de doctorat. Université de Strasbourg.]

Holahan, C.J., Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptative functioning. Dans M. Zeidner et N.M. Endler (dir.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, 24-43. Toronto: John Wiley et Sons, Inc.

Hughes, P. (2005). New Responsibilities for Adapted Physical Educators: Watchdogs for Abuse and Advocates for Empowerment. *Palaestra 21 (2),* 20-25.

Hunt, C. S., & Hunt, B. (2004). Changing Attitudes Toward People with Disabilities: Experimenting with an Educational Intervention. *Journal of Managerial Issues, 16(2),* 266- 280. Retrieved from https:// www.jstor.org/stable/4O604458

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing.* New Delhi, London: SAGE Publication

Laranjeira, C. A. (2011). The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of clinical nursing,* 21 (11-12), 1755-1762. Retrieved from https:// doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03948.x.

Lazarus, *R. S.* (1966*). Psychological Stress and Coping Process*. MCGraw-Hill, New York.

Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin and M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* 287-327. New York : Plenum

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavior medicine*, New York : Guilford, pp. 282-325.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984b). *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer.

Leyens, J.P ; Yzerbyt, V. & Schadron, G. (1994). *Stéréotypes et cognition sociale.* Liege, Madraga.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi no 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes et l'élaboration de la monographie sur les métiers accessibles aux personnes handicapées par type de déficience.

Loi no 83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées.

Longhurst, R., (2003). Semi-structured interviews and focus groups. In: N. Clifford & G.Valentine, eds. *Key Methods in Human Geography,*117-132. London: Sage.

Louvet, E., Rohmer, O., & Dubois, N. (2009). Social Judgment of People with a Disability in the Workplace. *Swiss Journal of Psychology, 68*(3), 153-159. Retrieved from http://www.universalis.fr/encyclopedie/prejugeset-discrimination.

Mand, J. (2007). Social position of special needs pupils in the classroom: a comparison between German special schools for pupils with learning difficulties and integrated primary school classes. *European Journal of Special Needs Education, 22(1),* 7-14. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1080/08856250601082182

Mazé, C. & Verlhiac, J. F. (2013). Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année Universitaire : rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels, *psychologie française* 58(2) : 89-105. Retrieved from http://doi :10.1016/j.psfr.2012.11.001.

Mpofu, E. & Wilson, K. (2004). Opportunity structure and transition practices with students with disabilities: The role of family, culture, and community. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 35(2),* 9-16.

Organsation des nations unies, (1989). Convention relative aux droits de l'enfant ou Convention internationale des droits de l'enfant. Genève : Nations Unies

Organisation des nations unies, (2011). 10 Facts on Disability. Retrieved from http//www.who.int/features/factfiles/disability/en/www.dailymail.co.uk/news/article

Organisation mondiale de la santé, (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé Genève, Suisse : OMS. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/9242545422_

Organisation mondiale de la santé & banque mondiale. (2011). Rapport mondial sur le handicap 2011, organisation mondiale de la santé. Retrieved from https:/apps. who.int/iris/handle/10665/44575.

Parker, J. & Endler, N.S. (1996). Coping and defense: A historical overview». Dans M.Zeidner and N.M. Endler (dir.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications,* 3-23. Toronto: John Wiley et Sons.

Paulhan, I. & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris: Presses universitaires de France.

Rao, S. (2004). Faculty attitudes and students with disabilities in higher education a literature review. *College Student Journal, 38*(2), 191-198. Retrieved from https://www.the freelibrary.com.

Ravaud, J.-F. (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : La question du sujet. *Handicap-revue des sciences humaines et sociales, 81*, 64-75.

Ray, C. Lindop, J., & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychological Medicine,12*, 3853

Rey ; A. (2012) *Dictionnaire historique de langue française,* Paris, Le Robert

Rodrigues, A. B. & Chaves, E.C (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista latino-americana de enfermagem, 16 (1),* 24-28.

Roe, J. (2008). Social inclusion: Meeting the socio-emotional needs of children with vision needs. *The British Journal of Visual Impairment*. 26(2), 147-158. DOI 10. London: SAGE Publishers.

Roth, S. & Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41(7),* 813-819.

Roy, M.C. (2003). Comprendre les besoins des enfants dans les écoles intégratrices et y répondre, UNESCO, 12, Paris.

Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical Survey of Coping Instruments. Dans M. Zeidner et N.M. Endler (dir.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications,* 6, 107-132). Toronto: John Wiley et Sons.

Sillamy N. (1989), *Dictionnaire de la Psychologie,* Librairie Larousse, Paris

Skinner, E.A; Edge, K; Altman, J & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems of classifying ways of coping. *Psychology Bulletin 129,* 216-2869. Doi:10.1037/0033-2909.129.2.216

Stone; D. & Colella, A. (1996). A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organisations. *Academy of management review, 21,*352-401.

Suls, J. & Fletcher, B. (1985). «The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis». *Health Psycholog*y, 4, 249-258.

Thomazet, S. (2008). L'intégration a des limites, pas l'école inclusive*! Revue des sciences de l'éducation*, 34(1), 123-139. Rerrieved from http://dx.doi.org/10.7202/018993ar.

Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown.

Vienne, P. (2004). Au-delà du stigmate : la stigmatisation comme outil conceptuel critique des interactions et des jugements scolaires. *Éducation et sociétés, 13,* 177-192. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3917/es.013.0177.

Vienneau, R. (2006). De l'intégration scolaire à la pédagogie de l'inclusion. Dans C. Dionne et N.

Ville, I., Fillion, E., & Ravaud, J. (2014). *Introduction à la sociologie du handicap : Histoire, politiques et expérience.* Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Wills, T.A. & Hirky, A.E. (1996). «Coping and substance abuse: A theorical model and review of the evidence». Dans M. Zeidner et N.M. Endler (dir.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, *13*, 279-302. Toronto: John Wiley et Sons.

Zeidner, M. & Saklofske, D. (1996). Adaptive and Maladaptive Coping. Dans M. Zeidner and N.M. Endler (dir.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Application*, 505-531, Toronto: John Wiley et Sons.

ANNEXES

ANNEXE 1

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

****

FACULTY OF SCIENCE DE L'EDUCATION

****

DIVISION DES AFFAIRES ACADEMIQUES DE LA SCOLARITE ET DE LA RECHERCHE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

****

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

****

THE FACULTY OF EDUCATION DIVION OF ACADEMIC AFFAIRS, SCOLARITY AND RESEARCH

Grille d'entretien semi-directif

Barrières attitudinales et stratégies de coping des étudiants en situation de handicap physique à l'université de Yaoundé 1

Chers participants, je suis Mouome Fomekouo Mariette, étudiante en Master 2 à la faculté des sciences de l'éducation de l'université de Yaoundé I, département de l'éducation spécialisée(EDS), spécialité handicaps sociaux et conseils. Je réalise une étude intitulée « **Barrières attitudinales et stratégies de coping des étudiants en situation de handicap physique à l'université de Yaoundé 1».** Je sollicite votre collaboration pour répondre à cet entretien. Il n'y a pas de « bonne ou fausse réponse ». C'est votre opinion qui compte. Je tiens à vous assurer que les données fournies demeureront confidentielles et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins statistiques.

SECTION A: Variables socio-démographiques

S.V.P, répondez aux questions suivantes:

A.1. Sexe : **1. Homme** ☐ **2. Femme** ☐

A.2. Quel âge avez-vous? 28 ans

A.3. Quelle est votre réligion? **1. Chrétien(ne)** ☐**; 2. Musulman(e)** ☐**3. Bouddhiste** ☐ **4. Autres** ☐

A. 4. Quel est votre statut marital: 1.**Célibataire ☐; 2.marié(e)☐ 3. divorcé(e)☐ ; 4.Union libre:** ☐

A.5. Dans quelle université étudiez-vous ?.....

A.6**.** Quelle est votre Faculté d'étude ? (précisez la filière):

A.7. Quel est votre niveau d'études? **1. Premier cycle ☐ 2. Deuxième cycle 3. Troisième cycle** ☐

A.8. Exercez-vous une activité professionnelle en même temps que vos études **?**

1 : oui (à plein temps) ☐ **2 : oui (mi-temps ou temps partiel)** ☐ **3 : non (ou petits boulots occasionnels)**

A. 9. Quel type de handicap physique avez-vous? **1. Moteur ☐ 2. visuel ☐ 3.Auditi** ☐

Section B : Barrières attitudinales à l'égard des étudiants en situation de handicap physique

Thèmes	**Sous-thèmes**	**Items**
Dimension émotionnelle	**Peur** (les gens ont peur d'offenser une personne handicapée (PH) en disant quelque chose de travers et du coup ils préfèrent l'éviter) **L'impuissance (**C'est le fait d'être dans l'incapacité d'accomplir des actes ou atteindre un objectif**)** **Pitié** (les gens sont désolés pour la PH et se comportent en conséquence)	1. Comment réagiriez-vous si vos camarades et enseignants vous évitent parce qu'ils ont peur de vous offenser? 2. Que faites-vous quand vos pairs ou enseignants ne savent pas comment s'y prendre avec vous c'est-à-dire quelle attitude adopter en face de vous ? 3. Quelle est votre réaction lorsque vos camarades ou pairs sont désolés pour vus ou ont pitié de vous?
Dimension cognitive	**Le contrecoup** (les gens croient que la PH dispose d'un avantage injuste à cause de son handicap.) **l'ignorance** (La PSH est estimé incapable à cause de son handicap)	4. Comment réagissez-vous au fait que vos camarades croient que vous disposez d'un avantage à cause de votre handicap? 5. Que pensez-vous du fait que vos pairs ou enseignants supposent que vous ne pouvez pas effectuer certaines activités et que vous méritez une

	l'effet de propagation (les gens supposent que le handicap affecte les autres sens.)	attention particulière à cause de votre handicap? 6. Comment réagissez-vous lorsque vos pairs supposent que tous vos sens sont affectés et ils ne vous définissent qu'à travers votre handicap.
Dimension comportementale	**Traitement différentiel (**le fait de traiter la PH de manière différente) **Moquerie (**le fait de prendre une PH comme un objet de plaisanterie ou de raillerie**)** **Hostilité (**attitude d'opposition à l'égard d'une PH.)	7. Quel sentiment avez-vous lorsque vos pairs ou enseignants ont tendances à vous parler d'un ton différent? 8. Quelle est votre réaction lorsque vos camarades ou enseignants vous taquinent ou vous lancent des paroles blessantes telles que « Pauvre de lui! Sa situation est si triste! "Est-il/elle né(e) comme ça ?" ;" Il/elle n'aurait jamais dû naître!" ; "Attrape-moi si tu peux!" ;"eboa", "mumu", "l'aveugle là", "mancho", etc. 9. Si vous étiez agressé physiquement par vos pairs, comment réagiriez-vous?

Section C : Les stratégies de coping des étudiants en situation de handicap physique à l'université

Thèmes	**Sous-thèmes**	**Items**
Coping centré sur le soutien social	**Soutien émotionnel** (consiste à obtenir la sympathie et l'aide d'autrui) **Soutien instrumental (**c'est le fait de recevoir de l'aide directe, des ressources ou des conseils pour identifier et appliquer des solutions concrètes.**)**	10. Parlez-moi du type d'aide que vous recevez. Comment est-ce que ça vous a aidé à faire face à ces attitudes négatives ? 11. Que font les membres de la communauté universitaire (enseignants ; étudiants etc.) pour vous soutenir est ce que cela vous aide à surmonter ces attitudes négatives?
Coping centré sur l'émotion	**Expression des sentiments** (c'est le fait d'exprimer ce qu'on ressent à une personne) **Evitement (**c'est le fait de s'éloigner de certains lieux, personnes ou activités aversives.**)**	12. Comment parlez-vous de cette situation à vos proches? Leurs demandez-vous des conseils ou de l'aide? Parler à vos proches de ce que vous ressentiez vous a-t-il permis de surmonter cette situation? 13. Comment exprimez-vous vos émotions? Vous éloignez vous de vos pairs ou enseignants? Faites-vous tout pour ne pas penser au problème? Souhaitez-vous que la situation disparaisse? Minimisez-vous la menace? Est-ce que pour faire face aux attitudes négatives; vous avez mangé plus/moins; fait du sport, ou une activité artistique?
Coping centré sur le problème	**Coping actif (v**ise à réduire les exigences de la situation ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face**)**.	14. Que faites-vous pour faire face aux attitudes négatives (stéréotypes, préjugés, discriminations, moqueries, peur, pitié, etc.) de vos camarades à votre égard ? Est-ce que vous vous concentrez sur le problème? Établissez-vous un plan d'action?

	Planification (c'est l'action de planifier et d'organiser son temps, ses activités et son environnement pour mieux faire face à l'adversité**)**	15. Que faites-vous pour faire face aux attitudes négatives (préjugés, discriminations, moqueries, peur, pitié, dégout, etc.) de vos enseignants ou camarades à votre égard? Est-ce en vous organisant et en planifiant vos activités?

Suggestions

Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?----------

……

Connaissiez-vous un autre étudiant en situation de handicap physique que nous pourrions contacter ? Si oui, veuillez donner son nom et contact si possible. ----------

---

Je vous remercie pour votre participation et le temps que vous avez bien voulu m'accorder

ANNEXE 2

Grille de dépouillement

Barrières attitudinales à l'égard des étudiants en situation de handicap physique

Thèmes	Sous-thèmes	Indicateurs
Coping centré sur le soutien social	**-Soutien émotionnel**	- relaxation Recevoir du/de(s)
	-Soutien instrumental	-Soutien -l'aide - ressources -conseils -avis -être assister
Coping Centré sur l'émotion	**-Expression des sentiments**	-s'exprimer, écrire ce que tu ressens, -communiquer, -Se plaindre, s'apitoyer, pleurer, -blâmer les autres, -bloquer les pensées déplaisantes,
	-Evitement	-S'éloigner, s'isoler, se résigner, se replier sur soi
Coping centré sur le problème	**-Coping actif**	-rassembler des informations, -rechercher des solutions, -agir -affronter le problème,
	-Planification	- se concentrer sur la situation,

Tables des matières

Sommaire i

Remerciements vi

Liste des acronymes, sigles et abréviations vii

Liste des tableaux viii

Liste des figures ix

Résumé x

Abstract xi

0. INTRODUCTION GENERALE 1

0.3.1 Question de recherche principale 6

0.3.2 Questions de recherche spécifiques 7

0.4.1 Objectif général 7

0.4.2. Objectif spécifique 7

PREMIERE PARTIE : 10

Cadre conceptuel et théorique de l'étude 10

Chapitre 1 : Handicap physique et barrières attitudinales 11

1.1.1 La notion de handicap: définition et classification 12

1.1.2 Le handicap physique 16

1.1.3 La situation de handicap 17

1.1.4 Le concept d'attitude et de comportement 18

1.2.1 Les stéréotypes 23

1.2.2. Les préjugés 24

1.2.3 La stigmatisation 24

1.2.4. La discrimination 25

1.3.1. Le modèle individuel ou médical 25

1.3.2. Le modèle social 27

1.3.4 Le handicap au Cameroun 28

Chapitre 2:Les stratégies de coping 33

2.1.1. Les origines du mot coping 34

2.1. 2. Le concept de coping 35

2.2.1. L'approche contextuelle 35

2.2.2. L'approche psychodynamique 36

2.2.3. L'approche intégrative 37

2.3.1. Le coping centré sur le problème 39

2.3.2. Le coping centré sur les émotions 39

2.3.3. Le coping centré sur l'évitement 40

2.3.4. Le coping centré sur le soutien social 40

DEUXIEME PARTIE : 42

Cadre méthodologique et empirique de l'étude 42

Chapitre 3: Méthodologie de la recherche 43

3. 3.1. La population d'étude 45

3.3.2. Population cible 45

3.3.3. Population de recherche ou accessible 46

3.6.1. Analyse descriptive 47

3.6.2. Analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) 47

3.6.2 Analyse de contenu 47

Chapitre 4:Présentation des résultats et discussion 49

4.1.1 Caractéristiques sociodémographique et profil des enquêtés 50

4.1.2 Caractéristiques sociodémographiques 50

4.1.2 Les représentations des personnes vivant avec le handicap sur les barrières attitudinales 54

4.2.1. Les formes de réaction face aux barrières attitudinales 55

4.2.2 Classification des réactions face aux barrières attitudinales : typologie de coping 56

4.2.3 Des stratégies de coping variées face aux barrières attitudinales en milieu universitaire..... 58

4.3.1 Limites de l'étude..... 66

4.3.2 Recommandations……..…….…75

4.3.3 Suggestions pour des études ultérieures..... 67

Conclusion générale 69

Références bibliographiques 71

ANNEXES 78

Tables des matières 85