

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

ECOLE NORMALE SUPERIEURE  
DE YAOUNDE

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DES SCIENCES DE  
L'EDUCATION

\*\*\*\*\*

OPTION : SCIENCES DE  
L'EDUCATION

\*\*\*\*\*



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

\*\*\*\*\*

UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

HIGHER TEACHER'S TRAINING  
COLLEGE

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SCIENCES OF  
EDUCATION

\*\*\*\*\*

OPTION : SCIENCES OF  
EDUCATION

\*\*\*\*\*

# Recherche scientifique et stigmatisation de la personne déficiante physique

Mémoire rédigé et soutenu publiquement en vue de l'obtention du diplôme  
de professeur des écoles normales des instituteurs de deuxième grade  
(DIPEN II)

présenté par

**Soh Gustave**

*licencié en Psychologie*

sous la direction de :

**Sadja Kam Judith**

*chargée de cours*

Année académique 2018-2019

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>EPIGRAPHE</b> .....	<b>ii</b>
<b>DÉDICACE</b> .....	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>vi</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>Introduction générale</b> .....	<b>2</b>
<b>Chapitre 1 : Problématique de l'étude</b> .....	<b>2</b>
<b>Chapitre 2 : Insertion théorique de l'étude</b> .....	<b>18</b>
<b>Chapitre 3 : Méthodologie</b> .....	<b>46</b>
<b>Chapitre 4 : Présentation et analyse des résultats</b> .....	<b>59</b>
<b>Chapitre 5 : Interprétation des résultats et implications professionnelles</b> .....	<b>73</b>
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....	<b>81</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>83</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>88</b>
<b>TABLE DE MATIÈRES</b> .....	<b>95</b>

*« Mal nommer c'est discriminer »*

**David Kerr, 2006.**

À  
Ngamaliou Charles Brillant  
et  
Kuetche Serge

## REMERCIEMENTS

Nous profitons dans cette section, pour témoigner de notre gratitude envers les personnes sans qui cette étude n'aurait sans doute pas vu le jour. Ceci va avant tout au Docteur Sadjia Kam Judith, notre Directeur de mémoire.

Nous respectons à sa juste valeur les efforts du chef de département le professeur Belinga Bessala Simon pour le management des enseignants de qualité que l'Université de Yaoundé I a mis à la disposition du département. Nous nous inclinons respectueusement devant tous les enseignants du Département des Sciences de l'Education (SCED) pour leur dévouement dans mon encadrement.

Nous avons une pensée particulière à nos oncles et tantes pour l'éducation qu'ils nous ont donné dans tous les aspects de la vie. Qu'ils trouvent ici, le fruit de leurs efforts.

Nous remercions vivement tous nos camarades des Promotions 2017- 2019 du Département des Sciences de l'Education (SCED) pour leur chaleur. Nous pensons particulièrement à Téague Tsopgny, Nguélé Beyeme, Nangom Ouafo, Nwesaza sofa, avec qui nous avons eu des discussions fructueuses sur ce sujet de recherche.

Nous adressons nos vifs mercis à tous les participants qui ont bien voulu se prêter au test et qui ont accepté de répondre aux questionnaires ; nous vous disons encore merci !

Notre reconnaissance est acquise à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail et dont le nom ne figurerait pas dans ces bouts de papiers. Nous ne vous oublions pas !

## LISTE DES ACRONYMES

<b>AVI :</b>	nombre d'Années vécues avec une incapacité
<b>BM :</b>	Banque Mondiale
<b>CIF :</b>	Classification international du fonctionnement du handicap
<b>CIH :</b>	Classification internationale du handicap
<b>CNPS :</b>	Centre national de prévoyance sociale
<b>CRDPH :</b>	Convention relative aux droits des personnes handicapées
<b>DSCE :</b>	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
<b>Hid :</b>	Handicap, Incapacités, Dépendance
<b>INSEE :</b>	Institut national...
<b>MINAS :</b>	Ministère des affaires sociales
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU :</b>	Organisation des nations Unies
<b>PPH :</b>	Le processus de production du handicap
<b>VD :</b>	Variable dépendante
<b>VI :</b>	Variable indépendante

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1.....	33
<i>Evolution de la conception du handicap de la CIH à la CIF .....</i>	<i>33</i>
Tableau 3.1.....	47
<i>Plan de recherche de notre étude .....</i>	<i>47</i>
Tableau 3.2.....	48
<i>Tableau synoptique des variables, modalités, indicateurs et indices. ....</i>	<i>48</i>
Tableau 3.3.....	52
<i>Distribution de la Population selon le sexe et la structure d'accueil .....</i>	<i>52</i>
Tableau 3.4.....	53
<i>Distribution de l'échantillon selon le sexe et la structure d'accueil .....</i>	<i>53</i>
Tableau 3.5.....	53
<i>Distribution de l'échantillon selon le niveau scolaire.....</i>	<i>53</i>
Tableau 3.6.....	56
<i>Valeur de l'alpha de Cronbach pour l'échelle du SAS de Richer et Vallerand (1995). ....</i>	<i>56</i>
<i>Comparaison des moyennes de l'échantillon selon le sexe et le sentiment d'appartenance sociale. ....</i>	<i>59</i>
Tableau 4.2.....	60
<i>Comparaison des moyennes de l'échantillon selon la structure d'accueil et le sentiment d'appartenance sociale .....</i>	<i>60</i>
Tableau 4.3.....	61
<i>Distribution de l'échantillon selon leur niveau académique .....</i>	<i>61</i>
Tableau 4.4.....	62
<i>Distribution de l'échantillon selon le type de déficience .....</i>	<i>62</i>
Tableau 4.5.....	62
<i>Résultat de l'analyse de la variance appliqué au type de déficience et sentiment d'appartenance sociale.....</i>	<i>62</i>
Tableau 4.6.....	63
<i>Comparaison des moyennes de l'échantillon selon le nombre de participation aux études portant sur leur déficience et le sentiment d'appartenance sociale .....</i>	<i>63</i>
Tableau 4.7.....	64
<i>Distribution de l'échantillon la perception des classifications de handicap et le sentiment d'appartenance sociale .....</i>	<i>64</i>
Tableau 4.8.....	65
Test de comparaisons multiples de Tukey .....	65

<b>Tableau 4.8</b> .....	<b>66</b>
<i>Comparaison des moyennes de l'échantillon selon la perception de la distance sociale de l'autre à moi et le sentiment d'appartenance sociale</i> .....	<b>66</b>
<b>Tableau 4.9</b> .....	<b>66</b>
<i>Comparaison des moyennes de l'échantillon selon la perception de l'appellation handicapée et le sentiment d'appartenance sociale</i> .....	<b>66</b>
<b>Tableau 4.10</b> .....	<b>67</b>
<i>Comparaison des moyennes de l'échantillon selon l'attente de la société vis à vis de la personne handicapée et le sentiment d'appartenance sociale</i> .....	<b>67</b>
<b>Tableau 4.11</b> .....	<b>68</b>
<i>Mesure du sentiment d'appartenance sociale de l'échantillon</i> .....	<b>68</b>
<b>Tableau 4.11</b> .....	<b>69</b>
<i>Contingence entre Classification du handicap et le sentiment d'appartenance sociale</i> .....	<b>69</b>
<b>Tableau 4.12</b> .....	<b>71</b>
<i>Contingence entre distance sociale de moi à l'autre et le sentiment d'appartenance sociale</i> .....	<b>71</b>

## RÉSUMÉ

Notre étude qui est intitulée « *stigmatisation de la personne déficiente physique et recherche scientifique* » est une recherche de type corrélationnelle et descriptive. La question principale de recherche s'énonce de la manière suivante : « *Quelles correspondances établir entre stigmatisation de la personne handicapée et la recherche scientifique portant sur le handicap ?* ». Nous sommes partis du constat selon lequel les causes de déficiences physiques sont de plus en plus nombreuses. De ce que aussi, de plus en plus, l'heure est au discours sur l'école intégrative, mieux sur l'école inclusive pour assurer une acceptation et le vivre ensemble de tous au sein de la société. Nous nous sommes aussi appuyés sur le fait que les enseignants confessent au quotidien dans les colloques, la difficulté de prise en charge en charge de cette catégorie des personnes dans leur pratique de classe pour des raisons diverses parmi lesquelles le regard de l'autre. Nous nous sommes enfin fondés sur de nombreuses études sur la saillance (Landragin, 2007 ; Louvet & Rohmer, 2006) et la catégorisation sociale (Berjot & Delelis ; 2005 ; Fischer, 2005 ; Gronier, 2007 ; Salès-Wuillemin, 2007 ; Tajfel, 1972). A partir d'un échantillon de 27 sujets déficients physiques, nous avons utilisé un questionnaire ayant trois volets : La partie A est relative aux caractéristiques sociodémographiques ; la partie B concerne les antécédents quant à la participation aux enquêtes portant sur le handicap et la partie C qui recherche le lien entre les classifications du handicap et la stigmatisation. Le test t de Student, nous a permis de confirmer l'existence d'une corrélation significative au seuil de 5% entre les classifications de handicap d'une part et d'autre part le processus d'observation dans la recherche scientifique et la stigmatisation de la personne déficiente physique. Plus précisément, comme l'indique les théories de la catégorisation (Gronier, 2007 ; Salès-Wuillemin, 2007 ; Tajfel, 1972), et de la saillance (Landragin, 2007) nous avons observé qu'il y a une relation de cause à l'effet entre les classifications de handicap, le processus d'observation dans la recherche scientifique et la stigmatisation de la personne déficiente physique. Les résultats aideront sans doute les différents acteurs du système éducatifs et surtout les deux principaux acteurs que sont les apprenants et les enseignants.

**Mots clés :** *classification de handicap, recherche scientifique, processus d'observation, stigmatisation*

## **ABSTRACT**

Our study which is entitled « *Stigmatisation of the physically disabled person and scientific research* » is a correlational and descriptive type of research. The main research question is as follows: “What correspondences can be established between stigmatisation of the disabled person and scientific research on disability?” To initiate this work, we went on the observation note that the causes of physical disabilities are more numerous. From what also, and more and more, the time is to the speech on the integrative school, better on the inclusive school to assure an acceptance and the living-together of all within the society. We also went on the note from what teachers confess in daily colloquies the difficulty of taking charge of this category of people in their classrooms practices for various reasons including the look of the other. Finally, we went on the note of many studies on salience (Landragin, 2007, Louvet & Rohmer 2006) and social categorisation (Berjot & Delelis 2005, Fischer 2005, Gronier 2007, Tajfel 1972) to initiate this work.

From a sample of 27 physically deficient subjects, we used a three parts questionnaire: Part A is about socio-demographic characteristics; Part B deals with the background participation in disability investigations and part C examines the link between disability classifications and stigma. Student's t-test helped us to confirm the existence of a significant correlation at the 5% threshold between disability classifications on one hand and the observation process in scientific research and stigmatisation of the defective physical person on the other hand. More specifically, as indicated by the theories of categorisation (Gronier 2007, Salès-Wuillemin 2007, Tajfel 1972, and salience (Landragin 2007), we observed that there is a causal relationship to the effect between disability classifications, the observation process in scientific research and the stigmatisation of the physically challenged person. The results will undoubtedly help the different actors of the education system and especially to the main actors that are learners and teachers.

**Key words:** *disability classification, scientific research, observation process, stigma*

## Introduction générale

Depuis la révolution industrielle du 17<sup>e</sup> siècle, le monde connaît de plus en plus de bouleversements. Aujourd'hui avec la mondialisation on parle de la disparition des frontières entre les Etats pour faire place au village planétaire avec le capitalisme comme principal mot orientant l'activité économique et sociale (Soh, 2018). Dans ce processus, les modes de déplacement, d'alimentation se sont multipliés et les conséquences sont de plus en plus perceptibles. Selon la Banque Mondiale (BM) dans son rapport de 2011 « *plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15 % de la population mondiale* ». Les causes sont innombrables : les accidents de circulation, les maladies chroniques, la vieillesse, etc. pour assurer les bonnes conditions de vie à cette nouvelle catégorie sociale de plus en plus nombreuse et pour faire face aux stigmatisations dont ils sont victimes, un accent est accordé à la recherche scientifique. Cette dernière a pour mission d'identifier, de décrire, de clarifier, de comprendre et d'expliquer le phénomène.

La présente étude s'inscrit dans le cadre spécifique de l'éducation inclusive et porte plus particulièrement sur la stigmatisation de la personne handicapée physique par la recherche scientifique. Cette recherche se pose en étude critique du processus de recherche scientifique dans le domaine du handicap, mais aussi comme critique des résultats auxquels ces travaux aboutissent. Elle s'inscrit dans la continuité d'autres recherches qui ont souligné, et les dangers de la catégorisation, et qui ont mis en exergue les effets de saillance informative.

En nous référant notamment aux résultats de recherche de études sur la saillance (Landragin, 2007) et de la catégorisation sociale (Berjot & Delelis ; 2005 ; Fischer, 2005 ; Gronier, 2007 ; Salès-Wuillemin, 2007 ; Tajfel, 1972) nous présumons une relation de cause à effet entre la stigmatisation de la personne handicapée physique et la recherche scientifique.

Notre travail s'est articulé autour de cinq (05) chapitres. Le chapitre premier présente le contexte de l'étude, la problématique, les objectifs et la clarification des concepts. Le chapitre deuxième quant à lui consacre le cadre théorique qui sous-tend la compréhension de notre base d'analyse de l'objet d'étude. Le chapitre troisième présente le processus de choix de l'échantillon, de collecte de données et de traitement de données. Le chapitre quatrième rend compte des résultats du terrain par une analyse descriptive et une analyse inférentielle. En fin le chapitre cinquième positionne les résultats de la présente recherche par rapport aux recherches antérieures et par rapport à la théorie de référence de cette étude.

## Chapitre 1 : Problématique de l'étude

Dans ce premier chapitre, nous nous attèlerons à présenter le contexte et la justification de notre étude, formuler le problème de l'étude, ensuite les questions de recherche et les objectifs. Il sera également question de donner les intérêts et la pertinence de l'étude, de la délimiter et de définir les concepts clés de l'étude.

### 1.1. Contexte et justification de l'étude

Cette partie de notre travail fera l'objet de la présentation des deux types de constat. Il s'agit du constat empirique et du constat théorique.

#### 1.1.1. Contexte empirique

##### 1.1.1.1. La situation du handicap dans le monde

La révolution industrielle survenue en Europe à la fin du 18<sup>e</sup> siècle, a fait reculer le taux de mortalité lié aux IST et autres maladies. A l'inverse, elle a fait accroître considérablement le taux de personnes handicapées<sup>1</sup> pour des causes multiples. Pour avoir une idée de la prévalence du handicap dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en partenariat avec la Banque Mondiale (BM) indiquait dans son rapport de 2011 que « *plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15 % de la population mondiale (sur la base des estimations démographiques pour 2010)* ». Aussi, ce rapport indique que « *ce chiffre est plus élevé que l'estimation antérieure de l'Organisation mondiale de la Santé, qui date des années 1970 et évoquait une proportion aux alentours de 10 %* » (OMS, 2011).

Selon *l'enquête sur la santé dans le monde*, environ 785 millions (15,6 %) de personnes âgées de 15 ans et plus vivent avec un handicap, tandis que les estimations de *la charge mondiale de morbidité* avancent un chiffre aux alentours de 975 millions (19,4 %). L'enquête sur la santé dans le monde estime que 110 millions de personnes (2,2 %) ont de très grandes difficultés fonctionnelles, tandis que les estimations de la charge mondiale de morbidité parlent de 190 millions de personnes (3,8 %) ayant un « handicap sévère » (équivalant à des déficiences provoquées par des problèmes de santé comme la

---

<sup>1</sup> La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), définit le handicap comme un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation.

quadriplégie, la dépression sévère ou la cécité). Pour la charge mondiale de morbidité, on mesure aussi le handicap chez les enfants (0–14 ans), et on estime qu'il concerne 95 millions d'enfants (5,1 %), dont 13 millions (0,7 %) ayant un « handicap sévère ». (OMS, 2011).

Pour un pays proche du Cameroun, la France, Prado (2014, p.5) citant l'enquête INSEE Handicap, Incapacités, Dépendance (Hid), dont les données datent de 1998-1999 et publiée en 2003, indique que 11 840 208 individus en France (soit 26,4 % de la population) souffrent d'une incapacité, d'une limitation d'activité ou d'un handicap.

Sur le Cameroun, le rapport de l'OMS (2011) laisse transparaître une seule statistique sur le cas des handicapés. Dans ses estimations de la prévalence du handicap et du nombre d'années vécues avec une incapacité (AVI) par pays, il apparaît que pour 100 personnes en 2004 au Cameroun 11,7% vivaient avec une incapacité (p.303). Cependant, rappelle madame Pauline Irène Nguéné la ministre des affaires sociales du Cameroun, au sommet mondial sur le handicap tenu à Londres, le 24 juillet 2018 : sur la base des résultats officiels du 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat publiés en 2010, lesquels situent la population du Cameroun à dix-neuf millions quatre cent six mille cent (19 406 100) habitants, et en appliquant le ratio de 15% qui ressort du Rapport Mondial sur le handicap publié la même année conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque Mondiale, les personnes handicapées sont estimées à près deux millions neuf cent dix mille (2.910.000) au Cameroun.

Des 15% de la population mondiale qui soit handicapés, 51,4% des personnes vivant avec un handicap sont des hommes, tandis que 48,6% sont des femmes. Les personnes vivant en milieu rural sont plus touchées (1,7%) que celles qui vivent en milieu urbain (1,3%). La prévalence du handicap augmente également avec l'âge : elle passe de 1,0% dans la population âgée de moins de 15 ans à 5,7% dans la population âgée de plus de 60 ans. (MINAS, 2018).

Par ailleurs, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus a plus que doublé en quarante ans, soit 5,2% de la population totale que compte le Cameroun en 2016, une proportion qui devrait passer à 9,5% des habitants à l'horizon 2050, presque au seuil des 10% qui caractérise une population vieillissante. (Source : projections 2016 du BUCREP à partir des données du recensement démographique de 2005 cité par le MINAS, 2018), avec une majorité relative de femmes de 52%, et une forte concentration en milieu rural. Ce

rapport du BUCREP met un accent particulier sur les personnes âgées et indique que 5,7% de cette population présentent au moins un handicap. La cécité constituant le handicap majeur auquel sont confrontées les personnes âgées avec 10 318 personnes âgées aveugles. L'infirmité des membres inférieurs tout comme la surdité, sont également d'une relative importance.

### **1.1.1.2. Les causes du handicap au Cameroun**

Le handicap est une condition humaine et fait partir de notre quotidien. Dans ce sens, tout le monde pratiquement à en croire l'OMS (2011), à un moment ou l'autre de sa vie, aura une déficience, temporaire ou permanente, et ceux qui parviendront à un âge avancé auront des difficultés fonctionnelles croissantes. Aussi, rappelons avec Delcey (2002, p.145) que les causes de handicap ou de déficiences sont innombrables et ne sauraient toutes, même succinctement, être abordées dans le cadre d'un seul travail scientifique. Seules les plus importantes, par leur fréquence sont souvent évoqués. L'on citera dans le cadre de ce travail, les accidents de circulation, le phénomène de sénescence, l'environnement.

#### **Les accidents de la circulation**

Au Cameroun, de 1994 à 2005, on a dénombré environ 41 041 cas d'accidents de la circulation dont 58 147 blessés et 11 488 morts (La sécurité routière au Cameroun, 2005). En 2008, on note une augmentation du nombre d'accidents qui passe à 3 566, occasionnant la mort de 1 157 personnes et faisant 5 370 blessés (Secrétariat d'Etat à la Défense chargé de la Gendarmerie : SED, 2009). On note 6 000 décès au Cameroun en 2017 de suite des accidents de la route selon l'OMS. Selon le même rapport, durant cette dernière décennie, le Cameroun a enregistré en moyenne 4 000 accidents de la voie publique et 1 200 personnes tuées chaque année par nos routes. Et au-delà des pertes en vies humaines et des traumatismes, les accidents de la route constituent un lourd fardeau pour l'économie du pays (OMS, 2017). Cette situation des accidents de la route s'est accrue avec l'arrivée des engins à deux roues communément appelés les « mototaxis ». Ces accidents créent ainsi de nombreux déficients qui seront ainsi handicapés si la société n'y prend pas garde.

#### **La sénescence**

Le vieillissement est un phénomène normal et naturel qui vient avec son lot de difficultés. D'une manière générale, le processus du vieillissement conduit à une

diminution progressive des capacités fonctionnelles de l'organisme, entraînant des difficultés d'adaptations physiologiques. Ce déclin est couplé à la diminution de l'activité physique qui accompagne souvent l'avancée en âge (MINAS, 2018). Les recherches du BUCREP se sont intéressées à la situation des personnes âgées face aux maladies chroniques et aux handicaps, et ont révélées que la prévalence déclarative de l'hypertension est relativement plus importante (49,1%), élevée en milieu urbain où elle est de 55,9% contre 43,8% en milieu rural et, chez les femmes où elle est de 54,8% contre 42,9% chez les hommes âgés. Les populations vieillissantes ou les personnes âgées ont donc un risque plus élevé de handicap.

### **L'environnement**

Il s'agit des facteurs environnementaux qui désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Selon la CIF qui comporte une classification des facteurs environnementaux, ceux-ci renvoient aux différents aspects du monde extérieur formant le contexte de vie de tout individu, quel que soit son niveau fonctionnel. Ces facteurs, qui peuvent faciliter les choses ou, au contraire, constituer des obstacles, sont les produits et la technologie, l'environnement naturel et les changements que l'homme y apporte, les différentes formes d'aide et de relations, les attitudes, les services, les systèmes et les politiques. Cet environnement est généralement secondaire aux deux premiers groupes de causes sus mentionnées. Après une maladie ou une déficience, l'individu se trouve en incapacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Il se verra ainsi handicapé car il est désavantagé socialement résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe, des facteurs sociaux et culturels.

La maladie est étroitement liée ou est en interaction avec la déficience (fonction/structure), les activités (limitation de l'activité) et la participation en termes de restrictions. A côté de ses causes, nous pouvons ajouter l'ignorance, les classifications, les activités de recherche et bien d'autres. Aussi, la personne porteuse d'une déficience comme partout ailleurs, est régulièrement victime de discrimination et de marginalisation, ne bénéficie pas toujours d'une éducation et d'une formation professionnelle appropriée pour facilement avoir accès au marché de l'emploi, pour vivre de façon indépendante en vue de sa pleine et effective participation à la société, sur la base de l'égalité avec l'autre.

De plus, l'environnement bâti (infrastructures et édifices ouverts au public) est généralement conçu et réalisé sans tenir compte des préoccupations liées à l'accessibilité des personnes handicapées, toute chose concourant à leur exclusion des diverses activités et services de la communauté ; par ailleurs, le non-respect de la législation en vigueur à leur égard dans divers domaines de la vie sociale ne facilite pas toujours la pleine jouissance de leur droits fondamentaux, de leur dignité ainsi que la valorisation de leurs talents et potentialités. D'où les conséquences majeures qu'entraîne la situation de handicap.

### **1.1.1.3. Les conséquences du handicap**

Nul ne peut contester le fait que la limitation d'activité et la restriction de participation sociale pour un individu ont des conséquences tant pour lui que pour son entourage. Ces conséquences sont autant plus graves quand elles ne sont pas de la volonté de la personne déficiente ou de sa déficience, mais du fait de la société.

#### **Conséquence pour la personne handicapée**

La première victime de la situation du handicap est d'abord et avant tout, la personne qui est stigmatisée. Premièrement, de par la déficience qu'elle porte, elle voit son schéma corporel modifié et s'en suivent les répercussions sur son image corporelle. Cette modification de l'identité personnelle (ce que l'on est de manière visible, ce qui se dégage de nous comme signes) vient bouleverser l'identité sociale virtuelle (le rôle que l'on était censé incarner aux yeux du public), disqualifiant la personne en révélant une identité sociale réelle (ce que l'on devient alors réellement aux yeux du public) dépréciée, ce processus engendrant des conséquences dommageables pour l'identité pour soi (ce que l'on ressent de ce que l'on est) de la personne stigmatisée (Goffman, 1975 cité par Vienne, 2004).

Deuxièmement, une exclusion du fait que par exemple les membres supérieurs sont paralysés ou difficiles à mobiliser sont dans l'incapacité d'accompagner leur parole de mouvements spontanés liés à la communication. De ce fait, ces personnes peuvent paraître moins communicantes. Il en est de même lorsque l'expression faciale est limitée par la pathologie. Aussi, les difficultés sur l'ensemble des déplacements de la personne au cours de la journée, du lever du lit, à l'usage des transports en commun en passant par l'accès aux sanitaires peuvent s'enchaîner avec les conséquences sur les plans psychologique, financière et statutaire.

À côté de ces défis, notons que l'image que la personne en situation de handicap se fait, termine fondamentalement sa capacité d'adaptation dans la société. Dans ce sens, Lacaze (2008), indique que la qualité des relations que les personnes en situation de handicap entretiennent avec son environnement peuvent les amener à des comportements négatifs. S'appuyant sur l'exemple de son environnement organique secondaire, il affirme que : « *l'image du malade mental dangereux repose très souvent sur des personnages de fiction cinématographiques ou télévisuels qui véhiculent des traits de violence ou d'hyperviolence.* » et que « *Ces traits sont ensuite intériorisés par chacun, notamment par les cibles de la désignation sociale, et considérés comme valides* » (p.187).

Prenant le cas de l'environnement organique primaire de la personne en situation de handicap, Lacaze (2008) citant Link (1987), nous rappelle que les conséquences négatives issues de cette interaction sociale peuvent découler au moins de deux mécanismes psychosociaux. Premièrement, les individus en situation de handicap peuvent être amenés à se dévaloriser eux-mêmes parce qu'ils appartiennent alors à une catégorie qu'ils considèrent de façon négative. Deuxièmement, les patients peuvent être concernés par la façon dont les autres vont leur répondre et ainsi engager des défenses qui mènent à des tensions dans l'interaction, à l'isolement et à d'autres conséquences négatives.

### **Conséquence pour la société**

Le handicap dépend fortement de la réponse de l'environnement, du fait que ce dernier s'adapte ou non aux incapacités de la personne, facilite ou non la vie dans la société. Aussi, la société est un perdant majeur de cette situation. Le manque de cadre approprié pour l'expression d'une personne handicapée dans une entreprise, entraîne de ce fait la perte d'une ressource humaine de qualité pour l'entreprise avec les conséquences qui s'en suivent. Car, de nombreuses études montrent bien que les personnes handicapées ont des compétences (Mottez, 1976 ; Ouellet & Caya, 2013 ; Pfister, 2002) et qu'il faut juste leur trouver un cadre d'expression pour apprécier leur savoir-faire. La population des handicapées constitue donc une main d'œuvre de qualité dont la mise à l'écart entraîne de lourde perte financière pour la société.

Le bilan des politiques protectrices mises en place par les états au début de leur implication dans les questions du handicap montrent que ces politiques ont contribué à fragiliser les personnes handicapées en les considérant comme les personnes incapables, des éternels assistés, les irresponsables, etc. aussi, les résultats montrent que les états y ont

investi d'énorme somme d'argent sans qui n'ont pas eu les retours escomptés. L'état perd ainsi beaucoup d'argent en cherchant à protéger les personnes handicapées au lieu de leur promouvoir.

Après la présentation des conséquences du handicap que ce soit pour la personne que pour la société, intéressons-nous à présent aux mesures prises pour faire face à cette situation.

#### **1.1.1.4. Les mesures pour faire face au handicap**

Les actions de lutte contre le handicap et même de la situation pour les personnes porteuses de déficience sont nombreuses et se sont mises en place progressivement au fil des ans que ce soit au niveau international ou national.

#### **Au niveau international**

Depuis la fin de la guerre du rire et ses énormes pertes, le monde à travers la création de l'Organisation des nations Unies (ONU) en 1948 s'est résolument tourné vers une quête des meilleures conditions de vie pour tous ses citoyens. Ainsi, le 10 décembre 1948, l'Assemblée générale des Nations Unies adoptait la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui reconnaissait notamment le droit de toute personne à l'éducation. Dans la foulée et au fil des ans, les textes vont se mettre en place en se peaufinant. Voici quelques textes en ce sens :

##### **❖ La Convention relative aux droits de l'enfant (1989)**

Le 20 novembre 1989, l'Assemblée générale des Nations Unies adoptait la Convention relative aux droits de l'enfant qui fait aujourd'hui l'objet d'une reconnaissance quasi universelle puisque les États-Unis et la Somalie sont les seuls États à ne pas l'avoir ratifiée.

##### **❖ La Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous (1990)**

Suite aux discussions qui ont eu cours durant cet événement, les participants en sont arrivés à une conclusion qui fait l'objet d'un large consensus : malgré les efforts considérables qui ont été consentis par les pays du monde entier pour garantir le droit à l'éducation pour tous depuis l'adoption de la Déclaration des droits de l'homme en 1948, on continue à observer certaines barrières à l'éducation à certaines catégories défavorisées, notamment les minorités ethniques, raciales et linguistiques, les populations autochtones,

les populations des zones rurales ou reculées, et aussi les personnes présentant un handicap physique ou intellectuel.

#### ❖ **Les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés (1993)**

L'Assemblée générale des Nations Unies adoptait le 20 décembre 1993 les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés. Ces règles exhortent chaque État à garantir que l'éducation des personnes handicapées soit partie intégrante de son système éducatif national.

#### ❖ **La Déclaration de Salamanque pour l'éducation et les besoins spéciaux (1994)**

Au terme de cette conférence, une déclaration sur les principes, les politiques et les pratiques en matière d'éducation et de besoins éducatifs spéciaux fut adoptée par acclamation. Est consacré dans l'article 2 de ce traité ce qui suit : « *les écoles ordinaires ayant une orientation intégratrice constituent le moyen le plus efficace de combattre les attitudes discriminatoires, en créant des communautés accueillantes, en édifiant une société intégratrice et en atteignant l'objectif de l'Education Pour Tous.* »

#### ❖ **La Convention sur les droits des personnes handicapées (2006)**

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH), adoptée par les Nations Unies en 2006, a pour objet de « *promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque* ». Notons en passant qu'en 2001, l'OMS et son partenaire la BM avaient produit *Le Rapport mondial sur le handicap* qui réunit les meilleures informations disponibles sur le sujet, afin d'améliorer la vie des personnes handicapées et de faciliter la mise en œuvre de la CRDPH. (OMS, 2001).

### **Au niveau national**

La perception de la personne handicapée au Cameroun a évolué avec son histoire qui est celle d'un pays sous la tutelle de deux puissances étrangères (Angleterre et la France). Trois temps forts marquent son évolution : De la période coloniale à 1975 : l'action sociale est orientée vers l'assistance palliative sur fond de charité. La personne handicapée est perçue comme un patient ; De 1975 à 1982 : L'orientation est marquée par le passage de l'« assistance palliative » à l'« assistance-participation » ou à l' « assistance

autodétermination » et enfin de 1983 à nos jours : L'année 1983 marque un tournant décisif dans la consécration des droits des Personnes Handicapées avec la promulgation par le Président de la République de la loi N° 83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des Personnes Handicapées, qui marquera le début d'une série de textes de loi et de mesures prises en faveur des Personnes Handicapées. (MINAS, 2018).

D'abord, dans son préambule, la constitution camerounaise de 1998 stipule que : « *la nation protège et encourage la famille, base naturelle de la société humaine. Elle protège les personnes handicapées* ». Par la suite le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), boussole de l'action gouvernementale, va fixer le cap pour la prévention et la prise en charge des problèmes liés au handicap et au vieillissement.

D'autres textes existent dans les domaines variés. On peut citer ici :

- ✓ La loi n° 69/LF/18 du 10 novembre 1969 instituant un régime d'assurance de pension de vieillesse, d'invalidité et de décès, modifiée par la loi n°84/007 du 04 juillet 1984 ;
- ✓ Le décret n°94//199 du 07 octobre 1994 portant Statut Général de la Fonction publique, qui organise le régime des pensions de l'Etat servies aux agents publics retraités ;
- ✓ Délibération n°62/09/CNPS/PCA du 03 mars 2009 accordant des réductions de tarifs dans les œuvres sanitaires de la CNPS.
- ✓ La loi N°2011/018 du 15 juillet 2011 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, qui rend obligatoire la pratique des activités physiques et sportives notamment dans les institutions de réadaptations des personnes handicapées, crée la Comité National Paralympique Camerounais et crée des fédérations sportives selon les ordres de handicaps ;
- ✓ La Loi n°98/004 du 14 avril 1998 d'orientation de l'éducation au Cameroun, qui prend en compte les besoins des enfants handicapés ;
- ✓ Loi N° 2010/002 du 13 avril 2010 portant la protection et promotion des personnes handicapées, qui vient améliorer la prise en charge de Personnes Handicapées ;
- ✓ Décret N°2011/408 portant organisation du Gouvernement, chargé le Ministère des Affaires Sociales ;
- ✓ La création par décret N°2017/383 du 18 juillet 2017 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales, de deux (02) sous directions en charge des

personnes handicapées à savoir : la Sous-Direction de la Réadaptation des Personnes Handicapées et la Sous-Direction de la Réinsertion Socio-économique des Personnes Handicapées ;

- ✓ Décret N° 2018/6234 / PM du 26 Juillet 2018 portant réorganisation du comité national pour la réadaptation et la réinsertion socio-économique des personnes handicapées.
- ✓ Décret N° 2018/6233 / PM du 26 Juillet 2018 fixant les modalités d'application de la Loi N° 2010/002 du 13 avril 2010 portant la protection et promotion des personnes handicapées, qui vient améliorer la prise en charge de Personnes Handicapées

Le train de mesures en faveur des personnes handicapées n'est pas dévoilé. Seules les initiatives les plus saillantes à notre avis sont ici présentées à titre indicatif. Aussi, relevons que les décisions ne vont pas seulement dans le sens de la prise en charge et de l'accompagnement mais aussi dans le sens de la prévention des déficiences qui sont les principales sources de création de situation de handicap.

#### **1.1.1.5. Actions en faveur de la prévention des déficiences**

Le gouvernement camerounais et ses partenaires nationaux et internationaux ne managent aucun effort à l'effet de réduire les déficiences dues aux causes prévisibles. Ainsi le dépistage précoce des handicaps, la vaccination, notamment contre la poliomyélite actuellement éradiquée au Cameroun, l'organisation de campagnes de sensibilisation, sont, entre autres, des actions menées dans ce domaine (MINAS, 2018, pp. 10-11). C'est ainsi que la mise en application de la loi la loi N° 2010/002 du 13 avril 2010 relative à la protection et promotion des personnes handicapées s'est traduite par :

- ✓ La prise en charge gratuite et holistique des personnes handicapées pour les maladies endémiques telles que : l'onchocercose (la cécité des rivières) ;
- ✓ Le suivi médical gratuit des personnes handicapées dans les formations sanitaires publiques pour les visites médicales prénuptiales, prénatales et post-natales ;
- ✓ La gratuité de la prévention des maladies à potentiel épidémiologiques, par la vaccination de routine chez les enfants de 0 à 59 mois (Tuberculose, Rougeole, Diphtérie, Tétanos néonatal, Coqueluche, Poliomyélite, Méningite, Diarrhées à Rota Virus, Hépatite B, Fièvre Jaune) ;

- ✓ Surveillance des maladies, en l'occurrence la poliomyélite qui est une pathologie handicapante.

L'on n'oublie pas la prévention sociale qui de manière concrète se traduit par les examens médicaux des élèves et étudiants qui sont faits chaque année par les médecins des inspections médicales scolaires et universitaires en vue de dépister notamment tout handicap dont ils seraient porteurs (MINAS, 2018).

### **1.1.2. Contexte théorique ou littérature sur le handicap**

La Psychologie de l'éducation en général et la Psychologie du handicap en particulier se préoccupe de la manière dont les interactions avec les personnes handicapées influencent le comportement d'apprentissage individuel. L'éducateur spécialisé aide les personnes en situation de handicap ou en difficulté à devenir autonome. Pour assurer sa double mission : contribuer à leur épanouissement personnel et leur insertion dans la société, les thèmes tels que : le handicap, la situation de handicap, la saillance informative, la perception sociale, les conflits, les préjugés, l'invulnérabilité, les stéréotypes, la discrimination, la catégorisation ont été étudiés. Pour ce qui est du handicap, la psychologie du handicap cherche à comprendre à travers ces thèmes les causes, les manifestations, les conséquences de la situation du handicap pour la personne handicapée et la société. Elle essaie de mettre en évidence les principaux facteurs impliqués dans le processus de production, de maintien et de recherche de solutions au problème de handicap. Elle accorde une importance particulière à l'environnement dans tous ses aspects.

Aussi, il semble évident que le handicap est inhérent à la condition humaine, mais que les causes de ces situations bien que nombreuses soient pour une grande part de la faute des hommes. Plusieurs auteurs (CIF, 2001 ; Lacaze, 2008 ; Lavoie, Thomazet, Feuilladiou, Pelgrims & Ebersold, 2013 ; Mottez, 1976 ; Pfister, 2002) s'accordent sur le fait que le handicap a pour point de départ une déficience qui est amplifiée dans les interactions que la personne porteuse de déficience entretient avec son entourage. Comprendre le comportement de l'être humain face à une personne qui porte une déficience est une tâche nécessaire et difficile qui suppose des équipes de recherches pluridisciplinaires.

## **1.2. Formulation du problème**

Alors que l'heure est à la divulgation et à la consolidation des politiques sociales promotrices de la personne en situation de handicap, la recherche scientifique apparaît comme un outil indispensable aux yeux de nombreux observateurs comme pouvant faciliter, voire permettre l'atteinte d'une telle ambition (OMS, 2001). D'ailleurs, allant dans ce sens, Schneider (2005, p.13), indiquait que la raison d'être fondamentale de ce processus de recherche est d'apporter les bases théoriques à la compréhension du handicap et des principes normatifs sur lesquels appuyer une pratique professionnelle de soutien au soutien de la personne en situation de handicap. Pour autant que ces processus ne soient pas neutres, très peu d'études pour ne pas dire aucune, ne questionne le processus inverse (celui de la production du handicap) de ces recherches de solution au problème du handicap. Notre étude questionne le processus de recherche scientifique, comme processus producteur de situation de handicap et/ou même de consolidation du statut d'êtres stigmatisés chez les personnes porteuses de handicap à partir d'une analyse critique du processus de collecte d'information lors de recherches scientifiques au sujet du handicap auprès des personnes en situation de handicap. Cette étude vise ainsi à interroger les pratiques de la recherche scientifique sur un sujet aussi délicat que la situation des personnes porteuses de déficiences et les impacts de ses résultats en termes de classification sur la personne handicapée. Bref, cette étude pose le problème de la stigmatisation de la personne déficiente physique par le processus d'observation de la recherche scientifique ; ainsi que les résultats de types classificatoires.

## **1.3. Question de recherche**

Nous aurons dans cette étude une question principale et les questions secondaires.

### **1.3.1. Question principale**

Notre question générale a été formulée de la manière suivante : Quelles correspondances établir entre stigmatisation de la personne déficiente physique et la recherche scientifique ?

L'opérationnalisation de cette question principale nous permet d'avoir des questions secondaires ci-dessous.

### **1.3.2. Questions secondaires**

Pour plus de visibilité et de lisibilité, les questions spécifiques de recherche (QR) sont nécessaires. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur les résultats de recherches scientifiques en termes de classification et le processus d'observation.

**QR<sub>1</sub>** : Quelles correspondances établir entre stigmatisation de la personne déficiente physique et les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques ?

**QR<sub>2</sub>** : Quelles correspondances établir entre stigmatisation de la personne déficiente physique et le processus d'observation dans les recherches scientifiques ?

### **1.4. Hypothèse générale**

Notre réponse provisoire à la question de recherche présume une relation entre la recherche scientifique et la stigmatisation de la personne vivant avec une déficience, et ceci dans la suite logique des études sur la saillance (Landragin, 2007 ; Louvet & Rohmer, 2006) et la catégorisation sociale (Berjot & Delelis ; 2005 ; Fischer, 2005 ; Gronier, 2007 ; Salès-Wuillemin, 2007 ; Tajfel, 1972). Elle se formule comme suit :

**HG** : « *Les recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation pour la personne déficiente physique* »

### **1.5. Objectifs de l'étude**

Notre étude comporte un objectif général et des objectifs spécifiques.

#### **1.5.1. Objectif général**

L'objectif général de notre étude est de montrer que les travaux de recherches scientifiques portant sur la personne handicapée contribuent au maintien du statut de personnes stigmatisées.

#### **1.5.2. Objectifs spécifiques**

Ils sont au nombre de quatre pour notre étude :

- ✓ Montrer que les travaux de recherches scientifiques portant sur les élèves déficients de par les classifications du handicap qui y sont issus contribuent au maintien du statut des personnes stigmatisées.
- ✓ Montrer que les travaux de recherches scientifiques portant sur les élèves déficients de par leur processus de collecte d'informations contribuent au maintien du statut des personnes stigmatisées.

## **1.6. Intérêt de l'étude**

Mentionnons que l'intérêt de ce travail est multiple et dépendrais ainsi non seulement des attentes de chaque lecteur mais aussi de son background. Cependant, quelques-uns seront ici mentionnés à titre indicatif. Il s'agit des intérêts pédagogique, méthodologique, théorique et éthique.

### **1.6.1. Intérêt théorique**

Le questionnement du processus de la recherche scientifique dans les situations de handicap qui fait l'objet de cette étude, tranche avec la conception classique qui fait d'elle un processus quasi rigoureux dans la pratique, invite à le revoir, à le repenser. Bref, elle ouvre une nouvelle piste théorique de réflexion sur les effets inespérés et négatifs que produit la recherche scientifique dans la recherche des meilleures conditions de vie aux personnes porteuses de handicap. Cette étude invite à un questionnement épistémologique sur la neutralité de la recherche scientifique dans le champ du handicap.

### **1.6.2. Intérêt méthodologique**

Cet intérêt découle de fait à celui précédent qui présentait la recherche scientifique comme facteur de production des situations de handicap. Ainsi, cette recherche invite à revoir le processus de recherche scientifique dans le champ du handicap pour y intégrer des éléments qui réduisent plus que n'augmentent l'angoisse des personnes porteuses du handicap. Cette étude amène ou exigent des chercheurs qui s'intéressent au handicap de nouvelles stratégies de travail pour être plus en plus performant car, ce domaine plus que beaucoup d'autres demande un plus de la part des acteurs.

### **1.6.3. Intérêt éthique**

Dans toute chose qui touche à l'Etre humain, sa dignité doit être respectée ne serait-ce que du fait qu'il soit un Humain. Encore pour une personne porteuse de handicap, qui

vit déjà une situation traumatique liée à sa situation, la recherche doit plutôt œuvrer à sa reconstruction et non l'inverse. Notre étude invite ainsi à une prise de conscience du statut ambiguë de la personne handicapée par les chercheurs du domaine qui peut si l'on n'en prend pas garde conduire à sa destruction. Car à force de rendre saillante une information angoissante peut handicaper quelqu'un qui avait déjà fait le deuil de son handicap.

#### **1.6.4. Intérêt pédagogique**

Pour le pédagogue qui a une bonne maîtrise des processus de recherche scientifique et des notions de saillance physique et saillance cognitive, la gestion d'une école ou classe inclusive devient facile. Car le discours sera adapté, les relations sociales ajustées, et l'exploitation des résultats de recherches scientifiques sera intelligente et réfléchie. Bref, il saura faire un savant dosage entre les différentes informations en sa disposition et la réalité.

#### **1.6.5. Intérêt social**

Cette étude va aider les personnes porteuses de déficience et qui sont sollicitées dans de nombreuses études portant sur leur déficience à comprendre et à accepter de continuer à participer car ceci vise l'amélioration de leur condition de vie. À travers cette, les personnes porteuses de déficience, vont devenir des partenaires pour les chercheurs et non voir leurs actions comme processus de stigmatisation.

### **1.7. Délimitation de l'étude**

Nous délimiterons notre étude au triple plan théorique, empirique et spatio-temporelle.

#### **✓ Délimitation théorique**

Notre étude s'inscrit dans le grand domaine du handicap, et plus particulièrement dans l'inclusion scolaire et sociale des personnes porteuses du handicap. Nous nous appuyons beaucoup sur les théories de la psychologie cognitive des neurosciences et des travaux sur la mémoire pour montrer le bien fondé de revoir les méthodes d'enquête chez les personnes en situation de handicap. De manière plus indiquée, nous convoquons les études sur la saillance informative et sur la catégorisation sociale pour démontrer nos allégations.

### ✓ **Délimitation spatio-temporelle**

Notre étude est réalisée dans la région du Centre au Cameroun et plus précisément dans le Département du Mfoundi arrondissement de Yaoundé IV. Elle se fait sur trois semestres de cours. Soit de Septembre 2017 à Décembre 2018.

En définitive, ce chapitre premier a permis de mettre en exergue le contexte empirique dans lequel évoluent les personnes en situations de handicap. Ce chapitre a aussi, permis de préciser le problème de recherche, la question de recherche, les objectifs. À présent nous allons inscrire cette étude dans un champ théorique et ceci fera l'objet du chapitre suivant.

## Chapitre 2 : Insertion théorique de l'étude

Dans ce deuxième chapitre consacré l'insertion théorique du sujet, nous nous attèlerons à la définition des concepts, la revue de la littérature, à la description des théories relatives au sujet, à la formulation des hypothèses, la définition des variables et la présentation du tableau synoptique.

### 2.1. De la définition des notions clés du travail handicap

Il s'agit ici de préciser les notions et expressions que sont : le handicap, la situation de handicap, la stigmatisation, la recherche scientifique ente autre.

#### 2.1.1. De la notion de handicap et de la situation de handicap

Etymologiquement, le terme handicap provient de la contraction de l'expression anglaise « *hand in the cap* » signifiant « *main dans le chapeau* ». Cette expression désignait le tirage au sort qui s'effectuait dans un chapeau pour attribuer des désavantages aux meilleurs chevaux des courses hippiques. L'expression vient donc du monde sportif qui désigne le désavantage imposé à un concurrent pour équilibrer les probabilités de victoires. Avec le temps, les populations lui ont donné une connotation négative et réductrice. Cependant, les organisations internationales se sont mobilisées et continuent à se mobiliser pour améliorer la perception sociale du handicap.

Une première définition de la notion du handicap sera proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1980 dont voici la quintessence : « *sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises* ».

Chanrion (2006) citant la loi du 11 février 2005 en France, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées indique que :

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. (Chanrion, 2006, p.2).

La notion de handicap évoque donc un déficit, des limitations, mais surtout les conséquences sur la vie sociale des individus. L'on voit apparaître ici la notion de déficience qui serait la véritable du handicap et l'importance de la société.

Mottez (1977), nous propose les acceptions suivantes pour les notions de déficience et de handicap. Par rapport à ce dernier, il nous rappelle que c'est faute d'avoir un vocable plus approprié qu'il est utilisé pour désigner la réalité pour laquelle elle est utilisée aujourd'hui. Ainsi pour lui, la déficience et le handicap constituent les deux faces d'une même réalité. La première renvoyant à son aspect physique, la deuxième à son aspect social. Les deux faces pouvant faire l'objet de mesure (p.21). Ainsi, l'on peut distinguer la personne porteuse de déficience (ou du handicap) et la personne handicapée (ou plus précisément la personne en situation de handicap).

De nos jours, il est de plus en plus question de la personne en situation de handicap et non de personne porteuse de handicap. Dans ce sens Chanrion (2006, p.3) distingue les expressions « *handicapée pour* » faire quelque chose, ce qui est plus révélateur du fonctionnement de la personne en société que le fait d'être et « *handicapé par* » tel ou tel déficit pour inviter à dépasser les conceptions du handicap en termes de causes mais en termes de conséquences.

Présentons dans ce travail, un concept majeur qu'est l'auto-handicap. Il peut être compris comme un processus par lequel une personne, en réponse à une perte anticipée d'estime de soi résultant de la possibilité d'une performance non adéquate dans un domaine où l'accomplissement implique la capacité ou la compétence, adopte des caractéristiques ou des comportements qui de façon apparente révèlent un problème, une faiblesse ou un déficit, mais assistent l'individu (Snyder & Smith, 1982, p.107). Le recours à ces stratégies autodestructrices comme le montrent les recherches sont plutôt centrées sur les caractéristiques des personnes les plus susceptibles de recourir à ces stratégies (approche dispositionnelle) de celles qui se sont plutôt centrées sur les conditions extérieures pouvant amener une personne à y recourir (approche situationnelle). Mais aussi, de l'interaction entre les variables dispositionnelles et situationnelles (approche interactionniste) (Finez, Berjot, & Rosnet, 2011, p. 7).

En bref, nous dirons que le handicap n'existe pas sans déficience, de même que le handicap n'existerait pas s'il en avait pas de communauté ou groupe social autour de la personne porteuse de déficience. Autrement dit, ce sont nos regards qui concourent chez la personne porteuse de déficience à une stigmatisation. Ceci nous permettra de comprendre en quoi, le processus de recherche scientifique comme phénomène de société contribue à la production du handicap chez un individu porteur de déficience via la stigmatisation.

### **2.1.2. Stigmate et stigmatisation**

Etymologiquement, stigmate vient de la notion grecque « *stigma* » qui était un signe destiné à attirer l'attention sur quelqu'un (esclave, traître, criminel) de façon à éviter sa compagnie. Goffman s'inscrivant dans cette logique a défini le stigmate comme « *la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société* » (Goffman 1975, cité par Vienne, 2004 p.178). Ceci amène au constat que fait Dericquebourg selon lequel les stigmates se situent à l'interface de l'individu et de la société et qu'ils peuvent donc relever d'une approche psychosociale (Dericquebourg, 1989, p.1).

Vu sous cette approche psychosociale, le stigmate rejoint le préjugé, la discrimination, l'image de soi et la représentation sociale. Car c'est un des marqueurs de la différence et de l'altérité ; et qu'il s'impose comme un des paramètres de l'échange entre les hommes. Ainsi, pour Stafford et Scott (cités par Dericquebourg, 1989, p.3), toute qualité individuelle ou « tribale » peut devenir un stigmate : la vieillesse, la paralysie, la toxicomanie, la folie, l'alcoolisme, l'obésité, l'illettrisme, la nationalité, la « race » ou la religion, le handicap physique.

Le stigmate pouvant apparaître comme une sorte d'exclusion sociale intemporelle et décontextualisée, comme un attribut figé d'une catégorie d'individus, il importe plutôt de considérer la stigmatisation, c'est-à-dire le processus social relationnel examiné par Goffman qui se trouve au carrefour des trois types d'identités définis par l'auteur :

- ✓ L'identité sociale,
- ✓ L'identité personnelle et
- ✓ L'identité pour soi.

C'est en définitive un élément de l'identité personnelle (ce que l'on est de manière visible, ce qui se dégage de nous comme signes) qui vient bouleverser l'identité sociale

virtuelle (le rôle que l'on était censé incarner aux yeux du public), disqualifiant une personne en révélant une identité sociale réelle (ce que l'on devient alors réellement aux yeux du public) dépréciée, ce processus engendrant des conséquences dommageables pour l'identité pour soi (ce que l'on ressent de ce que l'on est) de la personne stigmatisée (Vienne, 2004, pp. 178-179).

Dans cette étude, il sera surtout question de la stigmatisation (processus social relationnel) vue comme un fait social renvoyant aussi à la façon dont les individus gèrent la différence. Ceci fait appel à la catégorisation sociale qui indique que les hommes ordonnent le monde dans lequel ils vivent en catégorisant les choses et leurs semblables. La catégorisation est un processus essentiel qui écarte l'angoisse engendrée par la confusion. Cette opération de classification repose sur la différence. Or, celle-ci peut être considérée de façon négative, positive ou neutre. Dans le premier cas, elle devient stigmatisante. Si dans toute situation de stigmatisation il y a le « stigmatisateur » et le stigmatisé, ce dernier devient handicapé sous l'action du premier. Cette action qui est l'œuvre de l'homme, passerait très souvent par un processus simulé dans le processus de recherche scientifique sur la déficience. Cette section nous permet de comprendre le lien entre la déficience, le stigmate et la stigmatisation dans la production du handicap. Le comportement handicapant du sujet déficient passera par la perception du rapport entre ces différents facteurs lors du processus d'observation dans la recherche auprès de cette population.

### **2.1.3. La recherche scientifique**

Pour élaborer les connaissances, toutes les différentes sciences ont en commun de mettre en œuvre une approche scientifique qui permet que ces connaissances à propos des phénomènes étudiés soient basées sur des preuves accumulées au travers de recherches.

Pour Rey (1990), la science est un « ... ensemble de connaissances, d'études d'une valeur universelle, caractérisées par un objet et une méthode déterminée, et fondées sur des relations objectives vérifiables ». Cette définition insiste sur l'utilisation d'une démarche scientifique qui permet de découvrir des régularités dans son objet d'étude. Ainsi, de manière générale, un certain nombre de postulats sous-tendent l'utilisation de la démarche scientifique. Les deux premiers concernent *l'existence de lois générales organisant le monde et le déterminisme* des phénomènes naturels, qu'ils concernent l'homme ou son environnement (Anceaux & Sockeel, 2006, p.66). Les buts de la science

sont d'expliquer, prédire et, éventuellement, contrôler les phénomènes naturels. L'explication réfère ici à l'insertion des comportements, manifestations et variations observables d'un phénomène dans un modèle causal, mécaniste à la limite, selon la doctrine courante du déterminisme. Bref, le but de toute recherche est de faire progresser l'étude d'un problème, de faire « avancer les connaissances » sur un phénomène donné.

La science s'intéresse principalement dans sa démarche, aux régularités dans les faits et, même si les causes des phénomènes peuvent être multiples, ce qui est le cas sitôt que l'on s'intéresse au fonctionnement humain, le chercheur partira du principe qu'il est possible de les connaître ou de les déterminer. Elle repose sur le principe de prédictibilité des phénomènes.

Les postulats suivants portent sur le caractère « empirique » de l'acquisition des connaissances scientifiques, sur leur intégration au sein de systèmes théoriques et, enfin sur le caractère réfutable de ces derniers. Selon Anceaux et Sockeel (2006), « *l'approche première de toute discipline scientifique consiste à identifier, nommer, comparer, décrire et classer les faits* » (p.66). De cette activité, naissent les hypothèses qui visent à expliquer les faits et l'existence des régularités dégagées. Ces hypothèses seront ensuite confrontées aux faits pour que leur pertinence soit évaluée. Enfin, les faits ainsi mis en évidence pourront être expliqués et structurés ou intégrés au sein de théories, de modèles ou de lois qui seront à leur tour mis à l'épreuve.

Un autre trait essentiel de la démarche scientifique est de reposer sur la notion de preuve, ce qui signifie que les arguments du scientifique doivent être acceptables par tous. Ce souci de la preuve est si cher à Matalon (1976) qu'il déclara que la méthode scientifique est la méthode par excellence de l'administration de la preuve et qu'elle est fondée par des observations empiriques publiques, ce qui signifie que les observations, les résultats et les conclusions d'expérimentations doivent être rendus publics. En effet, une démarche n'est scientifique que si elle autorise d'autres chercheurs à reproduire les observations, à vérifier à leur tour les hypothèses et bien évidemment à les réfuter éventuellement. La reproductibilité et l'éventuelle réfutation des résultats reposent sur la mise en œuvre par le chercheur de raisonnements explicites et valables pour tous. C'est en effet, par la reproduction systématique, à d'autres moments, dans d'autres conditions et chez d'autres sujets, d'un fait ou d'un phénomène que l'on arrive à généraliser les résultats le

concernant, à mieux le comprendre et à faire émerger les lois qui le régissent (Myers & Hansen, 1997).

Enfin, une caractéristique centrale de cette démarche est d'être itérative et dynamique (Anceaux & Sockeel, 2006, p.67). En effet, les sciences, en tant qu'ensemble de connaissances, progressent de manière itérative, c'est-à-dire qu'elles procèdent par essais et erreurs et par approximations successives. Ceci leur permet de cerner peu à peu un problème et de lui donner une solution de plus en plus précise. Les sciences passent donc par une remise en cause permanente de leurs conclusions, postulats, théories. Cette progression itérative fait que chaque solution est dépendante de la solution proposée au cycle précédent qu'elle consolide, contredit ou améliore.

La recherche scientifique est un processus cyclique qui est déclenché par une question que se pose le chercheur. Il tentera d'y répondre en confrontant diverses propositions de réponses provisoires (hypothèses) à des observations empiriques. Les conclusions qui découlent de cette confrontation sont suivies d'un retour au point de départ qui permet de modifier la question initiale ou d'en poser de nouvelles. On déclenche ainsi un nouveau cycle.

Cette section nous permet de comprendre la rigueur avec laquelle, le processus de recherche scientifique se déroule. Elle nous permettra le moment venu, de mieux comprendre les limites de cette qualité de recherche scientifique dans le cadre des études sur le handicap ; et surtout dans son aspect d'observation.

## **2.2. La recherche scientifique portant sur le handicap : l'observation et les classifications**

S'il y a une étape de tout le processus de recherche scientifique portant sur la situation de handicap qui soit délicate pour le statut ultérieur de l'enquêté, c'est bien et belle la phase de l'observation ou de la collecte des données. La recherche scientifique comme nous l'avons dit plus haut est un processus rigoureux et long qui aboutit à des résultats eux-mêmes qualifiés de scientifique. Dans le domaine des recherches sur le handicap, son processus d'observation est un peu plus complexe à cause de la déficience que porte son échantillon. Aussi, les résultats auxquels l'on aboutit dans ces recherches sont généralement de type classificatoire.

### **2.2.1. Le processus de collecte des données : l'observation**

De toutes les étapes de réalisation d'une recherche scientifique portant sur le handicap, s'il y a une étape importante où le chercheur doit être particulièrement attentif et prudent, c'est celle de l'observation. Celle-ci comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse (constitué d'hypothèses et de concepts) est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des données observables. Au cours de cette phase, de nombreuses informations sont collectées pour être systématiquement analysées dans les phases ultérieures (Quivy & Campenhoudt, 1995, p.155) à partir d'un échantillon.

L'observation est donc une étape intermédiaire entre la construction des concepts et des hypothèses d'une part et l'examen des données utilisées pour les tester d'autres part. cette observation peut prendre la forme d'une expérimentation ou non. L'observation répond aux trois questions suivantes :

- ✓ Observer quoi ?
- ✓ Sur qui ?
- ✓ Comment ?

#### **2.2.1.1. Observer quoi ? La définition des données pertinentes**

Toute recherche vise un objectif qui constitue ce sur quoi l'on doit faire des observations empiriques afin de se constituer un corpus. On distingue habituellement les données primaires c'est-à-dire celles que le chercheur a obtenu lui-même en direct auprès de son échantillon et les données secondaires qui sont celles provenant de sources existantes. Les deux sont nécessaires mais la dose de données secondaires doit être limitée. D'une manière ou d'une autre, le chercheur doit construire ses propres données, c'est-à-dire choisir les faits ou les phénomènes à observer, les saisir, les mesurer et les traiter plus tard. La recherche doit avoir une base empirique (répondre à la question : quelle réalité a été observée ?). On parle aussi de corpus pour désigner les matériaux sur lesquels le chercheur a fondé son étude (textes, discours, images...).

Dans une étude sur le handicap, plus particulièrement sur l'amputation d'un membre (une déficience), il pourra s'agir des discours des participants qui porteraient sur les causes de la déficience, le vécu personnel de cette amputation, le rapport entre l'image du corps et le schéma corporel à la suite de l'amputation, et bien d'autres aspects. Bref, les données observées doivent être celles définies par les indicateurs issus des variables. Pas

seulement, il faudra aussi récolter un certain nombre de données relatives à d'autres variables que celles qui sont explicitement prévues dans les hypothèses principales (Quivy & Campenhoudt, 1995, p.157).

Pour éviter une situation d'infobésité pour le chercheur qui pourrait le submerger et dont il peut avoir les difficultés de son contrôle, la collecte de données doit se faire avec parcimonie. Il se limitera aux observations prescrites par les indicateurs (s'il s'agit d'une étude quantitative) ou les sous catégories (s'il s'agit d'une étude qualitative) relevant des hypothèses ou des catégories complémentaires formulées par le chercheur. Rappelons avec Quivy et Campenhoudt (1995) que le problème de la définition des données nécessaires pour tester les hypothèses n'est pas aussi simple qu'il paraît de prime à bord. Il n'existe aucune procédure technique permettant de résoudre cette question de manière standardisée. À ce point de vue comme à beaucoup d'autres, chaque recherche est un cas d'espèce que le chercheur ne peut résoudre qu'en faisant appel à sa propre réflexion et à son bon sens (p.157).

Une fois ce travail théorique élaboré, une étape importante qui reste est celle de la détermination de la population, mieux de l'échantillon sur lequel les informations seront effectivement collectées pour rendre compte de l'objet d'étude.

#### **2.2.1.2. Observer sur qui ? Le champ d'analyse et la sélection des unités d'observation**

Une recherche ne peut avoir lieu que si nous avons une population qui a connaissance de l'objet d'étude et qui est disposée à nous donner les informations sur ce sujet. La question d'observer sur qui, pose de la question de l'échantillonnage et de l'échantillon. Mais avant, il est toujours nécessaire délimiter le type de données à collecter et le champ d'action des analyses empiriques (dans l'espace géographique et social et dans le temps).

Deux situations peuvent être observées dans le champ de la recherche dépendent la vision de travail du chercheur : le travail peut porter sur un phénomène ou événement singulier (l'adaptation des personnes porteuses de déficience dans un établissement scolaire particulier) Dans ce cas, l'objet du travail définit lui-même de facto, les limites de l'analyse et le chercheur ne rencontrera pas de difficultés particulières. Il peut aussi porter sur les processus sociaux. Dans ce dernier cas, l'on peut citer le processus de production social du handicap dans un groupe spécifique donné. Cependant, quoi qu'il en soit, le

champ d'analyse (espace spatiotemporel) demande à être circonscrite clairement afin d'éviter l'effet de papillonnage chez le chercheur.

### **L'échantillon**

La totalité des éléments ou des unités constitutives d'un ensemble considéré, est appelée population. Ce terme pouvant désigner aussi bien un ensemble de personnes, d'organisations ou d'objets de quelque nature que ce soit. Une population étant délimitée (par exemple, la population porteuse de déficience dans un établissement, l'ensemble des établissements inclusifs de la ville de Yaoundé ou les articles portant sur la situation de handicap publiés dans la presse au cours d'un trimestre) il n'est pas pourtant toujours possible, ni d'ailleurs d'une très grande utilité, de rassembler des informations sur chacune des unités qui la composent. Car de nos jours l'usage fréquent des sondages d'opinion a fini de prouver que l'on peut obtenir des informations fiables relatives à une population de plusieurs dizaines de millions d'habitants en n'interrogeant que quelques milliers d'entre eux. Autrement dit l'idée de l'échantillon est intimement liée à l'idée de la transférabilité des connaissances qui seront produites par la recherche (Savoie-Zajc, 2007, p.100).

Toutefois, on peut avoir recours aux techniques d'échantillonnage (l'échantillonnage constitue, pour sa part, l'ensemble des décisions sous-jacentes au choix de l'échantillon) pour déterminer la taille l'échantillon des objets les plus variés. L'échantillon est ainsi une partie représentative de la population qui participe effectivement à la recherche. Lorsque le chercheur a circonscrit son champ d'étude, trois possibilités s'offrent à lui : il recueille des données et porte ses analyses sur la totalité de la population couverte par ce champ ; il étudie un échantillon représentatif de cette population ; étudier exclusivement certaines composantes très typiques, bien que non strictement représentatives de cette population.

#### **❖ Première possibilité : étudier la totalité de la population**

Le mot population doit être entendu au sens d'un ensemble d'éléments constituant un tout. L'ensemble des enseignants porteurs d'une déficience dans une école, des livres d'une bibliothèque des élèves d'une école inclusive, des articles d'un journal ou des clubs sportifs pour personnes déficientes d'une ville constituent autant de populations différentes. Cette formule s'impose souvent dans deux situations :

- ✓ Lorsque le chercheur analysant des facteurs macro sociaux (les taux de non validité par exemple) et étudiant la population en tant que telle n'a dès lors pas besoin d'informations précises sur le comportement des unités qui la composent, mais uniquement de données globales disponibles dans les statistiques
- ✓ Lorsque la population considérée est très réduite et peut être étudiée entièrement en elle-même.

❖ **Deuxième possibilité : étudier un échantillon représentatif de la population**

Cette formule s'impose quand 2 conditions sont rassemblées :

- ✓ Lorsque la population est trop nombreuse et qu'il faut récolter beaucoup de données pour chaque individu ou unité ;
- ✓ Lorsque sur les points qui intéressent le chercheur il est important de recueillir une image globalement conforme à celle qui serait obtenue en interrogeant l'ensemble de la population, bref lorsque se pose un problème de représentativité.

❖ **Troisième possibilité : étudier des composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population**

Cette formule est sans doute la plus courante. Lorsqu'un chercheur veut étudier par exemple la manière différenciée dont plusieurs journaux rendent compte de l'actualité sur le handicap, la meilleure solution consiste à analyser dans le détail quelques articles de ces différents journaux qui portent sur les mêmes événements de manière à procéder à des comparaisons significatives. Vouloir étudier tous les articles publiés est impossible et vouloir constituer un échantillon représentatif de l'ensemble des articles de chaque journal n'a guère de sens car les critères de représentativité seraient très partiels et arbitraires (Quivy & Campenhoudt, 1995, p.163).

**Les dimensions éthiques**

Dans le cas des études qui ont pour population les humains, et surtout les personnes porteuses de déficience, certaines précautions éthiques doivent être considérées. Car comme le dit Savoie-Zajc (2007, p.103), « *il existe des problématiques de recherche pour lesquelles « l'acteur socialement compétent » est difficile à approcher : on pense par exemple à des populations dites vulnérables (victimes d'abus ou de harcèlement, les personnes porteuses de déficience par exemple) »*. Que mettre alors en place pour pouvoir

avoir accès au sens qu'elles donnent à leur réalité, à leurs expériences ? Il est nécessaire, pense-t-il dans de pareils cas, de s'approcher des organismes qui sont en lien avec ces personnes et demander leur avis sur la question.

Certaines dimensions éthiques doivent donc être prises en compte dans le processus d'échantillonnage. Planifier un échantillon, comme la recherche d'ailleurs, se fait en théorie. Ainsi un certain nombre de questions doivent être élaguer : Comment les personnes à la recherche seront-elles recrutées ? Que faire dans le cas de populations vulnérables ou de groupes difficiles à rejoindre (membre d'une secte secrète) ? Comment s'assurer que le consentement à participer à la recherche est libre et éclairé sans qu'aucune forme de pression (qu'elles soient psychologiques, sociales) ne s'exerce ? Etant donné qu'il y a d'un côté, le bénéfice que l'enfant peut retirer à participer à une recherche sur les stratégies d'apprentissage de la lecture par exemple mais en même temps, d'un autre côté, il y a utilisation de l'enfant et des données qui auront été recueillies, pour servir les fins de l'enseignant-chercheur qui veut achever sa recherche.

Planifier un échantillon pose ainsi le défi de trouver un juste équilibre entre les bénéfices pour le participant à s'engager dans la recherche, les intérêts du chercheur à poursuivre ses intérêts personnels et professionnels et la contribution aux connaissances dans le but d'améliorer ultimement des pratiques grâce à une meilleure compréhension des dynamiques entourant un objet d'étude donné (Savoie-Zajc, 2007, p.109).

### **2.2.1.3. Observer comment ? Les instruments d'observation et de collecte des données**

En sciences humaines, sociales et éducatives, ce processus a une étape fondamentale qui est celle de la collecte de données proprement dite qui fait intervenir un entretien entre l'échantillon et le chercheur en fonction de l'objet de la recherche. Dans ce processus, il est possible que les données sur population ne soient pas directement collectées sur elle, mais à travers une autre population pour contourner certains biais liés à l'enquête.

#### **❖ L'observation directe et l'observation indirecte**

Dans l'observation directe, le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations sans s'adresser aux sujets concernés ; il fait appel à son sens de l'observation. Dans ce cas l'observation porte sur tous les indicateurs pertinents prévus. Elle a pour support, un guide d'observation qui est construit à partir de ces indicateurs et

qui désigne les comportements à observer ; mais le chercheur enregistre directement les informations sans que n'interviennent les sujets observés dans la production de l'information recherchée.

Dans le cas de l'observation indirecte, le chercheur s'adresse au sujet pour obtenir l'information recherchée. En répondant aux questions le sujet intervient dans la production de l'information. Celle-ci n'est pas prélevée directement et est donc moins objective. Elle l'est d'autant que la construction de l'information fait intervenir deux liens : la personne qui élabore l'information et l'instrument qui en permet la collecte. Il s'agit là de deux sources possibles de déformation et d'erreurs que le chercheur doit contrôler pour que l'information apportée ne soit pas faussée, volontairement ou non.

Dans l'observation indirecte, l'instrument d'observation est soit un questionnaire soit un guide d'interview. L'un et l'autre ont pour fonction de produire ou d'enregistrer les informations requises par les hypothèses et prescrites par les indicateurs. Il est cependant très conseillé de présenter le questionnaire auprès d'un petit nombre d'individus appartenant aux diverses catégories du public concerné par l'étude, mais si possible différents de ceux qui ont été retenus dans l'échantillon. Pour Quivy et Campenhout (1995, p.158), ce test préalable permet souvent de détecter les ambiguïtés et tous les problèmes que soulèvent les réponses. Ce n'est qu'après avoir testé et corrigé le questionnaire que l'on procédera à la collecte des données.

#### ❖ **Les trois opérations de l'observation**

Il s'agit de la phase de conception de l'outil de collecte d'information, du testage de cet instrument d'observation et de la collecter des données proprement dit. Cette dernière étape nous intéresse davantage par rapport aux conséquences qu'elle peut avoir sur la vie sociale future de la personne porteuse de déficience.

#### ✓ **Concevoir l'instrument d'observation**

Comme cela a été noté précédemment, la première étape dans la phase d'observation consiste à concevoir un instrument capable de produire toutes les informations adéquates et nécessaires afin de tester les hypothèses. Cet instrument sera souvent mais pas toujours un questionnaire ou un guide d'interview. Dans ces deux cas, leur mise en œuvre passe souvent par une pré-enquête en complément de la phase exploratoire. Pour que cet instrument donne l'information adéquate, il doit contenir des

questions portant sur chacun des indicateurs préalablement retenus et atteindre le meilleur degré de précision dans la formulation de ces questions. Cette précision ne s'obtenant pas du premier coup, il est utile de tester l'instrument d'observation.

#### ✓ **Tester l'instrument d'observation**

Il s'agit de se rassurer que l'outil de collecte des données construit permet de mesurer réellement ce pourquoi il est construit. Il est donc important que les questions soient claires et précises, c'est-à-dire formulées de telle sorte que tous les sujets interrogés le traitent de la même manière. Pour se rassurer de toutes ces formalités il est donc nécessaire de faire un prétest avant la collecte des données proprement dite.

#### ✓ **Collecter des données**

Cette troisième phase correspond à la mise en œuvre de l'instrument d'observation. Elle consiste en la réunification effective des informations auprès des personnes inscrites dans l'échantillon. Lorsque l'information recherchée est directement accessible, on procède par observation directe en tenant naturellement compte des indications du guide d'observation : données statistiques, documents écrits ou picturaux (Quivy & Campenhoudt, 1995, p.158).

L'observation indirecte doit vaincre la résistance ou l'inertie des personnes ce que ne saurait faire et à priori l'instrument préalablement conçu. Autrement dit il appartient au chercheur de savoir vendre sa marchandise car les cibles ne sont pas théoriquement et mécaniquement hostiles aux échanges auxquels ils sont invités.

Nous retenons de cette section que nombre d'études sur la situation de handicap passent par des entretiens avec les personnes déficientes. Ces dernières sont interrogées pour mieux comprendre leur fonctionnement et pour prédire les comportements dommageables. C'est pourquoi l'on arrive très généralement à des classifications qui à leur tour créent de nombreux problèmes de stéréotypisation et de stigmatisation. Elles expliquent comment on passe de la recherche sur la situation de handicap à la stigmatisation et à l'auto-exclusion synonyme de situation de handicap.

## 2.2.2. Les classifications du handicap

### Le modèle médical

Ce modèle est surtout basé sur les travaux de Philip Wood qui a produit avec son équipe une classification des déficiences et des incapacités : la classification internationale du handicap (CIH) de l'OMS. Ce modèle présente le handicap comme étant fortement lié à une altération de l'état de santé ou d'une maladie. Trois concepts essentiels sont ainsi développés pour décrire ce processus : Déficience, Incapacité et Désavantage. Le caractère linéaire de cette approche lui a été reproché car pour elle, un désavantage est la conséquence d'une incapacité, elle-même due à une déficience. Ainsi, à travers ce modèle, la « responsabilité » d'un désavantage (le handicap) est attribuée à l'individu et aux déficiences dont il est porteur (Lespinet-Najib & Belio, 2013, p.105).

### Le modèle social

Plusieurs associations des personnes handicapées s'offusquent contre l'approche Biomédicale du handicap qui ne voit pas le désavantage lié au handicap comme « *la perte ou la limitation des possibilités de participer à la vie normale de la société sur une base égalitaire avec les autres en raison d'obstacles physiques et sociaux* » (Ravaud, 2001). Selon celles-ci, la responsabilité n'est plus du côté de la personne handicapée, mais du côté de l'environnement et de la société.

Depuis 1988, la révision de la CIH est entamée et Patrick Fougeyrollas et ses collaborateurs vont se démarquer. En 1998, ils proposent une autre manière d'aborder la notion de handicap en insistant sur une approche explicative des facteurs influençant la situation de handicap : Le processus de production du handicap (PPH). Le PPH ne se veut pas une classification mais plutôt un modèle systémique avec une visée explicative des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes de l'intégrité ou du développement de la personne (Lespinet-Najib & Belio, 2013, p.105). Ce modèle place l'individu au centre de la société, et prend en compte les facteurs internes et les facteurs externes (environnement) dans l'explication du PPH. Le regard porté par les auteurs sur les habitudes de vie est en fait la caractéristique originale de ce modèle avec pour objectif de décrire une situation de handicap en s'appuyant sur un système d'influences réciproques entre les trois domaines (facteurs personnels, environnementaux et habitudes de vie) ayant

une influence continue sur l'ensemble de la trajectoire de vie de la personne (constituant ainsi le processus de production du handicap).

### **Le modèle interactionniste**

En 2001, l'OMS publie la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap (CIF) dans sa version la plus actuelle sous l'influence des travaux de Fougeyrollas. Selon Lespinet-Najib et Belio (2013), cette nouvelle classification aborde la notion de façon beaucoup plus complète que celle développée dans la CIH, puisque les facteurs environnementaux et personnels sont pris en compte comme facteurs impliqués dans l'augmentation ou la diminution de la situation de handicap. Cinq (05) groupes de facteurs sont pris en compte dans l'analyse de la situation du handicap :

- ✓ Fonctions et structures organiques (déficience) : correspond aux fonctions physiologiques des systèmes organiques. Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante ;
- ✓ Activités (limitations de l'activité) : correspond à l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limites d'activités désignent les difficultés qu'une personne rencontre dans leur exécution ;
- ✓ Participation (restriction de la participation) : correspond à l'implication d'une personne dans une situation de la vie réelle. Les restrictions de la participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de la vie réelle (sociale, scolaire, professionnelle, familiale) ;
- ✓ Facteurs environnementaux : désigne l'environnement physique, social et culturel dans lequel évolue la personne ;
- ✓ Facteurs personnels : fait référence aux facteurs propres à l'individu comme son identité, sa personnalité, etc.

Ce modèle s'éloigne ainsi d'un reproche linéaire de la CIH pour aller vers un modèle plus social comme le PPH, mais en le dépassant car la CIF, au-delà de sa visée classificatoire, abrite les notions de limitations d'activité et de restriction de participation. Cette dernière notion apparaît comme un concept novateur en termes d'investigation scientifique (Prouteau et al., 2012 cites par Lespinet-Najib & Belio, 2013).

## La dénomination du handicap et des catégories : mal nommer c'est discriminer

Tout au long de l'évolution des classifications du handicap, le vocabulaire a également évolué. Ainsi, au fil des classifications en allant de la CIH à la PPH en passant par la CIF, l'on a noté l'apparition des nouvelles expressions qui visaient à faire correspondre la description du handicap à l'évolution du temps. Les auteurs de ces évolutions estimaient que les dénominations et les modes d'action qui leurs ont été associées contribuaient à la discrimination des personnes porteuses de déficience. Voici un exemple d'évolution de la conception du handicap de la CIH à la CIF.

Tableau 2.1

*Evolution de la conception du handicap de la CIH à la CIF*

Modèles	Modèles		Modèle social (socio- environnemental)	
	Modèle individuel (médical)		Environnemental	Droits de l'Homme
<b>Traitement</b>	Guérison par moyen technique	Rééducation- réadaptation, services spécialisés	Adaptations, Accessibilisation, Services de soutien	Règles politiques et sociales communes (droits fondamentaux)
<b>Prévention</b>	Dépistage génétique ou biologique, élimination	Prise en charge précoce ; prévention secondaire (des aggravations)	Éliminations des barrières sociales (économiques physiques, etc.)	Reconnaissance de la responsabilité sociale
<b>Responsabilité sociale</b>	Éliminer ou guérir	Qualité de vie, confort, autonomie compensation	Elimination des obstacles physiques, culturels, etc.	Réduire les inégalités, droit à pleine citoyenneté

Adapted from : M. Delcey. 2002. *Notion de situation de handicap (moteur) : les classifications internationales des handicaps*, p.7.

A partir de ces évolutions, l'on observe bien que les personnes porteuses de déficience ont été victimes des travaux au sujet de leur déficience. Dans cette logique, Mottez (1976) indiquait que la recherche des solutions aux problèmes des personnes porteuses de déficience physique (sourd) à contribuer à la stigmatisation de ces derniers à cause de la difficulté à comprendre cette déficience et à adopter les stratégies d'éducation appropriée à leur déficience. Plus récemment, Kerr (2006, p.71) s'intéressant à la compréhension des concepts « handicap », « handicapés » indique que les termes qui touchent au handicap sont courants et ne choquent personne, mis à part la personne nommée.

En somme, au fil du temps, les différentes désignations des personnes victimes d'une limitation d'activité auraient contribué et contribuent encore de nos jours à leur stigmatisation. Cette sous partie permet de voir et de comprendre l'évolution de la terminologie dans le champ du handicap et permettra d'expliquer en quoi les classifications continuent de nos jours à contribuer à la stigmatisation des personnes déficiences.

## **2.2. Théories explicatives du sujet**

### **2.2.1. La catégorisation sociale**

Dans la réalisation de nos activités quotidiennes, nous rencontrons de milliers d'objets dont nous avons peu d'informations et/ou disposons de peu de temps pour analyser un après l'autre. Ceux-ci nous servent à des niveaux différents : orientation dans l'espace, esquiver un obstacle ou atteindre un but. Ils finissent par nous saturer. La catégorisation apparaît comme un moyen pour les simplifier et les stocker efficacement. Pour Berjot et Delelis (2005), cette activité permet principalement de « *réduire la complexité de ce qui nous entoure, d'identifier les objets environnants, d'y mettre de l'ordre et d'établir des relations entre les classes d'éléments* » p.139. Il s'agit pour la personne en situation de handicap de regrouper l'ensemble des informations qui portent sur sa situation en catégories valorisant ou pas afin d'anticiper sur ses actions propres et avenir. Les classifications ne se limitent pas aux choses, mais touchent également les humains : il s'agit de la catégorisation sociale. Cette dernière désigne une activité mentale qui consiste à organiser et à ranger les informations de l'environnement (Gronier, 2007, p.4). Elle est définie par Tajfel (1981, cité par Berjot & Delelis, 2005) comme un processus mettant ensemble des objets sociaux ou des événements qui sont équivalents en regard des

actions individuelles, des intentions individuelles et des systèmes de croyances. En dehors de son effet simplificateur et adaptatif, la catégorisation sociale a des effets négatifs en ce sens que l'application de ses caractéristiques crée des stéréotypes, des préjugés et la discrimination. Pour la personne handicapée, il s'agit de voir en tous ceux qui s'intéressent de près à leur situation, des personnes qui ont le souhait de marteler le fait qu'elle soit plus un être à part qu'un être à part entière. Cette situation va conduire comme le dit Gronier (2007), chez ces personnes déficientes à des « *attitudes d'évitement ou d'autodéfense* ».

### **2.2.1.1. Les modèles de la catégorisation**

En général, trois grandes approches de la catégorisation sont décrites. La première est fondée sur la notion de typicalité et envisage les catégories comme des structures abstraites et hiérarchisées qui sont représentées en mémoire par un prototype correspondant à l'élément perçu comme le plus représentatif des traits et propriétés de la catégorie. Pour Louvet et Rohmer (2006), cet élément correspond à ce qu'elles appellent catégorie de base. Chez les personnes en situation de handicap moteur, cette catégorie de base est le handicap physique (déficience physique ou le manque).

La seconde approche pose qu'une catégorie est représentée par un ensemble d'exemplaires qui sont plus spécifiques de cette catégorie que les prototypes et qui permettent de la différencier des autres catégories. La troisième approche enfin s'inscrit dans le prolongement des modèles connexionnistes et avance que les catégories sont représentées sous la forme de réseaux de traits et propriétés qui sont interconnectés et fournissent une matrice propre à chaque catégorie.

Deux caractéristiques découlent de ces différentes approches bien qu'elles diffèrent quant à la façon dont elles envisagent la représentation en mémoire des catégories. Il s'agit du fait que la représentation soit à la fois stable et flexible (Louvet & Rohmer 2006). Ceci, nous amène à parler du lien entre la catégorisation et la représentation.

### **2.2.1.2. La catégorisation et la représentation sociale**

La représentation sociale peut être considérée, au sens large, comme une façon d'organiser notre connaissance sur la réalité, elle-même construite socialement (Fischer, 2005, p.129). Moscovici (1961, cité par Fischer, 2005) pense que :

C'est un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constituent également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses.

Deux principaux rapprochements sont développés quant à ce qui concerne la catégorisation et la représentation sociale : l'intervention des processus de catégorisation dans la constitution de l'image de l'objet de la représentation ; et la relation établie entre le sujet et l'objet de cette représentation (Salès-Wuillemin, 2005).

Pour le premier point, les travaux de Moscovici (1961) concluent qu'elle se fait grâce à deux processus : l'objectivation et l'ancrage. L'analyse de ces processus fait apparaître un certain nombre de points communs avec l'assimilation (l'effet d'assimilation consiste à exagérer les ressemblances entre les éléments de l'endogroupe par rapport aux éléments de l'exogroupe) et le contraste (l'effet de contraste consiste à exagérer la différence entre les différents groupes). L'objectivation se fait par une mise en contraste, donc une centration sur la différence. En effet, pour constituer l'image d'un objet il faut en déterminer ses contours et donc le différencier d'autres objets plus proches. L'ancrage se fait par assimilation donc par une centration sur la ressemblance (Salès-Wuillemin, 2007). Dans un processus évolutif, les personnes en situation de handicap se construisent l'idée selon laquelle, elles représentent une catégorie spécifique, différents des autres dits « normaux ». Les premières différenciations « nous », « eux » sont nées et ceci jouera un grand rôle dans la qualité des relations entre les protagonistes sociaux.

Le deuxième niveau d'imbrication s'établit entre le sujet et l'objet de la représentation. En effet, l'appartenance catégorielle des sujets établit la représentation qu'ils ont des objets sociaux.

### **2.2.1.3. La théorie de l'identité sociale**

Le concept de l'identité se présente en psychologie sociale, comme une idée synthèse qui montre l'articulation du psychologique et du social chez un individu : il s'agit d'une notion qui exprime la résultante des interactions entre l'individu, les autres et la société (Fischer, 2005, p.185). L'identité constitue ainsi, la conscience sociale que l'individu a de lui-même. Mais dans la mesure où sa relation aux autres lui à sa propre

existence des qualités particulières. Comment les personnes en situation de handicap se situent dans leur environnement ? Que pensent-elles des attentes de la société en vers eux ? Que pensent elles des autres ? Ces questions qui rendent compte de la notion de l'identité indiquent tout de même qu'il s'agit d'une notion en lien avec d'autres notions telles que l'influence sociale, la catégorisation et la représentation sociale.

Les principes de base de la théorie de l'identité sociale que propose Tajfel (1972) sont les suivants :

- ✓ Les individus s'efforcent de créer et de préserver une identité sociale positive ;
- ✓ Une identité sociale positive résulte principalement de comparaisons favorables faites entre les membres de l'endogroupe et les membres d'exogroupes pertinents ;
- ✓ Lorsque l'identité sociale est insatisfaisante ou menacée, les individus mettent en place des stratégies pour rehausser leur identité sociale, à savoir :
  - La mobilité individuelle : les individus peuvent quitter leur groupe pour rejoindre et s'intégrer dans un groupe plus valorisé socialement ;
  - La compétitivité s'exprime par une lutte avec le groupe de haut statut et, contrairement à la mobilité individuelle, est une stratégie collective nécessitant la mobilisation de l'ensemble du groupe (les grèves, les manifestations, etc.) ;
  - La créativité sociale consiste à faire en sorte que leur groupe devienne plus positivement distinct.

Les personnes handicapées qui par comparaison verraient leur identité menacée, disposent ainsi d'une batterie de stratégies pour y faire face. Seulement, si certaines stratégies sont d'office impossibles (la mobilité individuelle dans le sens où il est quasiment impossible de sortir de la catégorie des handicapés une fois qu'on y est entré), on observe une forme de créativité négative qui consiste à fuir la compétitivité en trouvant en l'autre un danger à éviter à tout prix et à tous les prix : c'est l'auto-exclusion.

Revenant sur le deuxième niveau d'imbrication (catégorisation et représentation sociale) qui s'établit entre le sujet et l'objet de la représentation, Moscovici (1961), montre que l'appartenance catégorielle des sujets établit la représentation qu'ils ont des objets sociaux. D'un point de vue théorique, cet effet peut être expliqué en s'appuyant sur la conception que l'auteur présente en 1984 (Salès-Wuillemin, 2007). Il souligne que la relation sujet/objet ne peut être envisagée que dans une ternarité impliquant un Alter. En

d'autres termes, il faut prendre en compte le fait que lorsqu'un individu considère un objet social, il ne le fait jamais directement, mais au travers du regard d'autrui (son propre groupe d'appartenance, ou de référence). Selon l'auteur ce regard spécifique de la psychologie sociale permet de dépasser « la dichotomie « sujet-objet », (parce qu'il parcourt une gamme de médiations opérées par la relation fondamentale à autrui » (1984, p.10). Cependant, les travaux de Tajfel nous apprennent que cette appartenance groupale n'est pas unique mais multiple : le sujet peut ainsi considérer plusieurs affiliations en fonction de son âge, sexe, religion, lieu d'habitation, préférences sexuelles. Plus encore, ces appartenances ne sont pas convoquées toutes à la fois, bien souvent l'une seulement est mise en saillance, ce qui peut d'ailleurs être temporaire. Chez les personnes handicapées, la déficience qui représente un manque par rapport à l'image du corps et le schéma corporel est mise en saillance par rapport aux autres capacités dont elles sont capables. Aussi, cette déficience n'est pas temporaire mais généralement définitive. Cette situation peut expliquer certaines attitudes des personnes en situation de handicap, qui voient en un chercheur (et pas seulement, souvent même des bienfaiteurs) qui porte un intérêt sur sa situation comme quelqu'un qui menace son identité. Car de manière automatique, ce qui apparaît à première vue chez lui, c'est son handicap, bref sa déficience. Ceci est autant plus visible lorsqu'il s'agit d'une déficience physique que les autres formes de déficience. Ceci se comprendrait également à partir des travaux de Louvet et Rohmer (2006) qui démontrent que le handicap constitue une caractéristique catégorielle particulièrement saillante, peut-être même plus saillante encore que les autres appartenances catégorielles primaires « hors-normes » (être Noir, être femme).

De qui précède, nous notons que

- La catégorisation relève du sujet et lui permet de simplifier l'ensemble des informations qu'il rencontre au quotidien. Plusieurs types de catégorisations existent, mais nous ne prendrons en compte que les catégorisations sociales du fait que la personne handicapée va se définir par rapport aux autres dites normales.
- La théorie de l'identité sociale à travers ses principes nous apporte des éléments sur lesquels nous nous appuyons pour comprendre le processus mis en œuvre par un sujet déficient physique pour construire son image.

### **2.2.2. Traitement automatique : la saillance physique et la saillance cognitive**

La notion de saillance (ou prégnance) est avant tout liée à l'émergence d'une figure sur un fond. Issue de l'analyse de la perception visuelle, cette notion permet d'expliquer pourquoi nous distinguons des formes là où on ne pourrait voir que du bruit. Appliquée à la perception du handicap, cette notion offre de nombreuses perspectives : pourquoi certains éléments de caractéristiques de la personne en situation de handicap sont circonscrits et retenus plus facilement que d'autres ? Pourquoi certains référents du discours en lien avec le handicap deviennent prépondérants et susceptibles d'être rappelés par la simple mention du nom ?

Plus précisément, la saillance intervient fortement lors de la lecture d'un texte, la visualisation d'une image ou de l'interprétation d'un énoncé en situation de dialogue : mettant en avant un élément du message, elle dirige l'attention du sujet sur cet élément et privilégie sa prise en compte dans le processus d'interprétation, que ce soit au niveau de la détermination du sens que de de la production des réponses. Elle peut diriger la construction d'un message autour d'un élément déjà saillant, ou peut au contraire fournir un ensemble de moyens pour rendre saillant un autre élément et le porter de ce fait à l'attention de l'interlocuteur. Ainsi, dans le processus de recherche ayant la personne en situation de handicap comme sujet épistémologique et acteur du processus (enquête), l'échange sur sa condition peut l'amener à une fixation de sur la déficience dont il est porteur et lui faire vivre les reviviscences d'une histoire qu'il avait oublié. D'où le risque d'un repli sur soi. Aussi, cette fixation peut conduire à une interprétation autre, celle du rappel à l'individu de sa situation d'être spécifique, différent des autres.

Pourtant que dans cette situation initiée, l'on recherchait l'inclusion de la personne en situation de handicap, l'on peut arriver à l'effet inverse qui est celui de l'exclusion. C'est le processus de production paradoxe du handicap par le processus de recherche.

La perception visuelle fait largement intervenir la notion de saillance : notre attention s'arrête prioritairement sur les éléments saillants qui ressortent de notre environnement visuel, jusqu'à axer les processus cognitifs sur ces seuls éléments. La saillance naît de causes variées, comme le montre l'exemple de Landragin (2007) : lorsque nous jetons un œil sur une facture suite à des courses dans un supermarché, il arrive qu'un prix élevé attire directement l'attention, sans même nécessiter le parcours détaillé de la liste des articles achetés. La raison peut en être purement visuelle, comme par exemple la

présence d'un plus grand nombre de chiffres dans la représentation écrite du prix. Mais à cette cause visuelle s'ajoute probablement une cause cognitive, liée par exemple à la saillance particulière que prend un prix élevé pour un esprit économe. Dans l'échange avec la personne en situation de handicap, il est fort probable que la différenciation de la perception du schéma corporel paraisse centrale et puisse dédaigner sur l'image de soi.

### **Les facteurs de la saillance**

Louvet et Rohmer (2006) rappellent que les modèles théoriques s'accordent largement pour considérer que la formation des impressions évolue sur un continuum allant d'un pôle axé sur les informations de nature catégorielle à un pôle défini par des informations individualisées. Aussi, le recours à l'information catégorielle est présenté comme une première étape incontournable dans ce processus. Les facteurs déterminants de la saillance sont nombreux : le caractère naturel (naturel ou acquis), le caractère de rareté ou statut numérique (très rare ou très fréquent), la visibilité (directement visible ou non), l'intégrité (valide ou handicapé), l'écart à la norme (norme ou hors-norme). Cependant, tous les attributs catégoriels n'ont pas la même saillance (Louvet & Rohmer, 2006, p.216).

Il apparaît que les catégories ne sauraient avoir les mêmes poids pour les raisons multiples. D'ailleurs, un ensemble de travaux présentés par Louvet et Rohmer (2006), mettent en avant l'existence de catégories « primaires », « de base » (Brewer et al., 1987 ; Brewer, 1988), ou « supra-ordonnées » (Carpenter & Trentham, 2001 ; Crisp & Hewstone, 2001 ; Park & Rothbart, 1982), activées automatiquement et prises en compte prioritairement dans le processus perceptif (Ito & Urland, 2003 ; Zarate & Sanders, 1999). Il s'agit du sexe, de l'ethnie. La primauté de l'un par rapport à l'autre est inconsistante et dépendant des paramètres de la circonstance. A ces deux catégories s'ajoute souvent l'âge. La saillance de ces appartenances catégorielles a été d'abord expliquée, dans une perspective cognitive, par leur accessibilité « chronique » liée à leur caractère immédiatement visible et à la fréquence de leur activation (Fiske & Neuberg, 1990 ; Higgins, 1996).

Cependant, dans une perspective plus sociale, cette saillance des catégories de base peut également être mise en relation avec le fait que ces catégories sont facilement assimilées à des catégories « naturelles » dans la mesure où elles sont imposées à l'individu, immuables et objectivables sur la base de critères biologiques (Demoulin, Leyens & Yzerbyt, 2006 ; Haslam, Rothschild & Ernst, 2000 ; Rothbart & Taylor, 1992).

Le sexe et l'ethnie répondent parfaitement à ces critères : on naît et on reste homme ou femme, Noir ou Blanc.

En ce qui concerne le statut numérique des catégories, il a été démontré que le faible nombre d'une catégorie la rend saillante : on remarque ce qui est rare dicit Louvet et Rohmer (2006, p.217). Ainsi, un homme porteur de déficience attire davantage l'attention qu'un homme « normal » dans un contexte où les handicapés sont minoritaires. De la même manière, un homme noir est plus facilement repéré qu'un autre albinos dans une situation où les albinos sont plus nombreux. Cependant, différentes données expérimentales montrent que la saillance de certaines appartenances catégorielles se maintient même si le groupe concerné n'est pas minoritaire.

Remarquons enfin avec Louvet et Rohmer (2006) que les aspects normatifs dans le processus de catégorisation semblent si prépondérants qu'ils dépassent les effets endogroupe-exogroupe. En effet, la référence au sexe pour identifier des cibles féminines reste très importante même lorsque les sujets sont eux-mêmes des femmes (p.218).

### **Saillance physique du handicap**

Une première définition de ce qui est saillant est ce qui arrive en premier à l'esprit, ce qui capte l'attention. Ce point de vue correspond souvent à considérer comme saillant ce qui est naturel, simple, clair. Les travaux de Louvet et Rohmer (2006) amènent à dépasser cette conception qui exclue la saillance à ce qui n'est pas naturel. Ces travaux indiquent le handicap, acquis par le biais d'une déficience, et donc acquis, apparaît comme très saillant pour ne pas dire plus saillant que ces caractères naturels que ce soit pour la personne dite « normale » que pour la personne handicapée. Les premiers travaux dans les années 1970 se sont focalisés sur la saillance visuelle avec cette idée de simplicité naturelle. Chez la personne en situation de handicap physique (par exemple une amputation), la saillance qu'elle reflète est due au caractère stable de la déficience. Ceci, s'explique par le principe gestaltiste selon lequel : la saillance dénote la force de résistance aux perturbations, est saillant ce qui est stable. Ce facteur rejoint également celui d'inattendu : est saillant l'élément perturbateur, inattendu, curieux, intrigant, énigmatique. Il s'agit en effet de l'élément sur lequel on s'interroge, ou sur lequel le regard va s'attarder pour résoudre le problème qu'il pose (Landragin, 2005, p.3).

## Saillance cognitive du handicap

La notion de saillance fait également appel à certains facteurs cognitifs tels que la mémoire (ou la familiarité), l'attention. Ceci montre en quoi la saillance est liée à l'observateur et en ce sens, le fait qu'elle soit subjective. Ainsi, l'éducation est un facteur déterminant de la saillance d'une information. Dans nombre de cultures, la présence d'un humain ou d'un animal sauvage comme le lion, nous oblige à tourner le regard vers lui. Aussi, au cours de notre éducation et notre vie, nous accumulons des expériences qui nous amènent à avoir des sensibilités différentes. Nous comprenons aisément pourquoi Landragin (2005) indique que « *la saillance dépend de plus de l'attention de l'utilisateur au moment de l'interaction, de son intérêt, de son intention communicative : est saillant ce qui a de l'intérêt compte tenu de l'objectif de la communication* » (p.3). Il poursuit, l'attention du sujet sur une certaine entité peut augmenter la saillance de cette entité, et, inversement, la saillance d'une entité peut entraîner l'attention du sujet sur celle-ci, mais il n'y a eu aucun cas d'équivalence entre saillance et attention (Landragin, 2007).

Chez la personne handicapée physique, le manque qui altère l'image du corps, la rend saillante et la différence qu'elle se construit entre un schéma du corps correct et celui qu'elle possède la rend également saillante. Par ailleurs, son éducation culturelle et son parcours individuel, peuvent accentuer ou non la saillance physique et surtout cognitive d'un corps « hors-norme ». Cette perception de soi peut altérer de manière significative la qualité de sa relation sociale avec les conséquences qui peuvent aller de l'évitement à l'auto-exclusion. Bref, cette attitude handicape plus que le simple fait d'avoir une déficience ou une limitation d'activité.

La saillance est un facteur fondamental pour comprendre comment un objet devient un centre d'intérêt pour un individu ou un groupe. Dans ce qui précède, nous avons identifié plusieurs facteurs déterminants de la saillance : le caractère naturel, le caractère de rareté ou statut numérique, la visibilité, l'intégrité, l'écart à la norme. Deux aspects ont été présentés : la saillance physique du handicap qui se traduit par l'écart à la norme de l'aspect physique d'un sujet et la saillance cognitive du handicap qui est le fait du sujet et probablement un construit social ou éducationnel.

## **2.3. La production sociale du handicap**

Cette section de notre travail s'inscrit dans la droite ligne des travaux qui comme le disent Lavoie et al. (2013, p.1) partagent le point de vue selon lequel les difficultés ou les handicaps déclarés chez certains élèves sont, dans leur développement, leur manifestation et leur désignation, le fruit d'une construction en contexte, certes culturelle et sociale, mais aussi familiale et scolaire. Le russe Vygotsky est considéré comme l'auteur phare de l'approche interactionniste avec sa théorie socioconstructiviste. Il indique dans ses travaux que la place de l'autre (pair, aîné, parent) dans notre construction est fondamentale. L'on voit alors le lien qui existe entre le développement, les manifestations de handicap et la société. Cette dernière n'étant autre chose que qu'un agrégat de pairs, sa réaction vis-à-vis à une personne qui porte un déficit est déterminante pour son insertion ou son exclusion.

### **2.3.1. Développement et manifestation du handicap**

Parmi les nombreux travaux sur la construction sociale du handicap, celui de Lavoie et al. (2013), met l'accent sur le milieu scolaire. Les auteurs relèvent que, malgré que les activités d'éducation à l'école soient davantage et de plus en plus orientés vers le paradigme de la construction sociale, du socioconstructivisme et de l'interactionnisme ; l'approche diagnostique du handicap reste trop centrée sur la personne : d'où une approche individualiste ou biomédicale. Cette conception s'oppose à l'approche écologique dont les travaux soutiennent l'idée d'une construction sociale du handicap en mettant l'accent sur le contexte et la situation. D'autres travaux ont montré que la différenciation structurale comme réponse à l'hétérogénéité des apprenants était une stratégie stigmatisante. Avoir une école pour aveugle, une école pour malentendants, une école pour déficients mentaux et une école pour les apprenants « normaux » sous prétexte d'avoir les groupes homogènes et d'harmoniser les pratiques d'enseignement, a eu ses limites à l'épreuve des faits (Pelgrims, 2001). Le développement du handicap ou plus précisément de la situation de handicap dépendrait de la correspondance entre le besoin exprimé par un sujet et la réponse de l'environnement. Autrement dit, l'inadéquation entre la demande du sujet et les caractéristiques de l'environnement (l'école par exemple) dans lequel le besoin doit être assouvi crée le handicap.

Pour sa part, Bonnéry (2007) décrit et analyse, pour le milieu scolaire ordinaire, le processus de co-construction des difficultés scolaires, lesquelles seraient le résultat de la rencontre entre l'élève (socialement situé) et l'école (en tant qu'institution et ses

pratiques). Le lien entre les difficultés scolaires de certains élèves et les conditions socio-scolaires qui leur sont défavorables est aujourd'hui largement établi par un corpus de travaux en sociologie de l'éducation (Duru-Bellat & Van Zanten, 2006 cités par Lavoie et al., 2013). Dans le cadre scolaire, l'enseignant apparaît comme acteur majeur de socialisation et/ou de discrimination. Sa conception de l'origine du handicap est fondamentale et déterminante dans ses actions. Ainsi, les enseignants qui « *adoptent une conception médicale des difficultés interviennent moins efficacement auprès des élèves intégrés dans leur classe que leurs collègues convaincus des déterminants scolaires et sociaux des difficultés des élèves, et ce tant au plan de l'apprentissage que socio-affectif* » Jordan et Stanovich, (2001).

Le développement du handicap est sous influence d'innombrables facteurs. Nous avons relevé ici, la conception de l'enseignant, l'inadéquation entre le besoin et les caractéristiques contextuelles et situationnelles. La liste n'étant pas exhaustive, ces exemples nous permettront de mieux comprendre comment la recherche scientifique dans son déploiement et ses résultats pourrait créer des situations de handicap qu'elle en soit passagère ou permanente.

### **2.3.2. Mal nommer c'est discriminer**

Dans les cultures africaines, le nom détermine la personne. Le nom a une forte portée symbolique pour la personne qui le porte et pour la communauté. Pas seulement dans les traditions africaines, même pour le monde dit moderne d'aujourd'hui, il est fréquent de voir un enseignant docteur (Ph. D) refusé et se révolté d'être appelé professeur (Pr.) au lieu de Docteur et vice versa. Cette situation est souvent source de conflit. C'est dire que chaque appellation (nom ou grade) a un contenu précis et ses implications. Dans le champ du handicap, ces appellations sont encore plus saillantes parce qu'elles s'adressent à des catégories exotiques.

Bien que l'établissement d'un diagnostic précis puisse être positif, en particulier lorsqu'il permet de mettre en place une intervention bénéfique pour l'enfant, des retombées négatives sont aussi à souligner, telles que la stigmatisation, la marginalisation et l'exclusion (Lavoie et al., 2013, p. 96). Cette assertion nous indique bien les effets pervers que peuvent revêtir les recherches de solution à la situation du handicap. L'on peut relever pour appuyer cette assertion le fait que la définition du handicap n'a sans cesse changé

pour intégrer de nouveaux paramètres comme pour dire que hier, la définition ne rendait pas compte fidèlement de la réalité du handicap.

Parvenu au terme de ce chapitre sur la revue de la littérature, il ressort que le handicap est un construit sociologique. Seulement, son acceptation comme tel, ne s'est pas faite en un jour. L'on est allé d'une conception biomédicale qui incriminait l'individu comme cause de ses difficultés à une conception environnementale qui met l'accent sur la modélisation de la société afin qu'elle puisse répondre adéquatement au besoin de chaque individu malgré sa déficience. Ce chapitre a également permis de montrer le lien entre la déficience, le schéma, le stigmatisme et la stigmatisation dans le processus de production de handicap. Ainsi, nombreuses études ont relevé le fait que le handicap est le résultat d'un long processus de construction sociale. L'on voit plus aisément, le passage de la déficience physique, qui est rendue saillante par son caractère assimilable aux facteurs naturels comme le sexe parce que visible de l'extérieur, immuable et stable chez l'individu. Cette caractéristique de stabilité, amène à la construction des catégories qui seront emmagasinées en mémoire. Cette dernière ayant une forte relation avec l'attention, chaque fois que cette catégorie sera stimulée ou amorcée, le sujet pourra revivre la situation traumatique liée à l'événement (l'amputation par exemple). Cette situation pourra à notre sens être éveillée par la prise de connaissance des différentes classifications du handicap, et la phase d'observation dans le processus de recherche scientifique.

## Chapitre 3 : Méthodologie

Il sera question pour nous dans ce chapitre de présenter et de décrire l'ensemble des procédures et des moyens que nous avons utilisé pour pouvoir réaliser notre enquête. Il consiste à présenter le site et les participants de l'étude, les variables, les hypothèses, la collecte des données, la procédure de validation et d'administration du questionnaire et les difficultés rencontrées.

### 3.1. Rappel de l'hypothèse

#### 3.1.1. Hypothèse générale

Notre hypothèse générale est la suivante : « *Les recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation pour la personne handicapée* »

#### 3.1.2. Description de l'hypothèse générale

**Variable indépendante (VI) :** Recherches scientifiques sur le handicap (RS).

Nous avons une variable indépendante à deux modalités (RS<sub>2</sub>). C'est un facteur indépendant à deux modalités. Il s'agit plus spécifiquement des classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap et le processus d'observation dans les recherches scientifiques auprès des personnes handicapées.

**Modalités de la VI :**

**Modalité 1 :** Les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques (RS1).

**Indicateur :** ils indiquent Ce que l'on est de manière visible, ce qui se dégage de nous comme signes et nous situe par rapport aux autres.

**Indices :** Aveugles/Mal voyants ; Amputé ; Paralysie des membres inférieurs (paraplégie) ; Paralysie des quatre membres (Tétraplégie)

**Modalité 2 :** Le processus d'observation dans les recherches scientifiques auprès des personnes déficientes (RS2).

**Indicateur :** il désigne tout processus scientifique qui consiste à identifier, nommer, comparer, décrire et classer les faits, comprendre et même expliquer.

**Indices** : Observation directe et Observation indirecte.

**Variable dépendante (VD)** : La stigmatisation de la personne handicapée (ST).

Elle est une notion au confluent de trois types d'identités qui sont l'identité personnelle (Amputé, la paralysie, aveugle, déficient), l'identité sociale (Dépréciée, inutile, limité, incapable) et l'identité pour soi (Exclu, disqualifié, stigmatisé, catégorisé) selon Goffman (1975).

Tableau 3.1

*Plan de recherche de notre étude*

VD	VI	Les classifications de handicap (RS1)	Le processus d'observation dans les recherches scientifiques (RS2)
La stigmatisation de la personne handicapée (ST)		RS1*ST	RS2*ST

De cette structure logique de l'hypothèse générale s'est dégagé deux hypothèses de recherche.

**HR1** : Les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation de la personne handicapée

**HR2** : Le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap produit de la stigmatisation de la personne handicapée

Le tableau synoptique ci-dessous donne une plus grande vue d'ensemble à cette décomposition de l'hypothèse générale.

Tableau 3.2

*Tableau synoptique des variables, modalités, indicateurs et indices.*

<b>Hypothèse générale</b>	<b>Variables</b>	<b>Modalités</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Indices</b>
Recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation de la personne handicapée	<b>VI :</b> Recherches scientifiques	Les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques	Ce que l'on est de manière visible, ce qui se dégage de nous comme signes	Aveugles/Mal voyants ; Amputé ; Paralyse des membres inférieurs (paraplégie) ; Paralyse des quatre membres (Tétraplégie)
		Le processus d'observation dans les recherches scientifiques	Tous processus scientifique qui consiste à identifier, nommer, comparer, décrire et classer les faits	Observation directe  Observation indirect
	<b>VD :</b> La stigmatisation de la personne handicapée	Identité personnelle	Ce que l'on est de manière visible, ce qui se dégage de nous comme signes	Amputé, la paralysie, aveugle, déficient
		Identité sociale,	Ce que l'on devient réellement aux yeux du public	Dépréciée, inutile, limité, incapable
		Identité pour soi	Ce que l'on ressent de ce que l'on est.	Exclu, disqualifié, stigmatisé, catégorisé

## 3.2. Type de recherche et site de l'étude

### 3.2.1. Type de recherche

Notre étude adopte une méthodologie quantitative. Ce choix n'est pas fortuit, il répond à une certaine logique ; celle qui voudrait qu'il ait une congruence entre les aspects théoriques et les stratégies opératoires notamment le recueil des données empiriques. La démarche quantitative dans cette recherche se justifie par la conformité à l'approche dominante dans la littérature au sujet du sentiment d'appartenance et des attitudes. En effet, de nombreux travaux ont mesuré ces deux variables à partir des questionnaires (Chaieb Achour, 2012 ; Richer & Vallerand, 1998 ; St-Amand, 2015).

Dans l'étude quantitative à laquelle nous avons opté, notre recherche s'est orientée vers les types corrélationnel et descriptif. Descriptif car elle permet de décrire et de mettre en évidence les effets des recherches scientifiques sur le handicap et chez les personnes déficientes sur leur sentiment d'appartenance. Corrélationnelle, car elle examine le lien probable entre les recherches scientifiques et le handicap.

### 3.2.2. Site de l'étude

Yaoundé, surnommée « ville aux sept collines », est la capitale politique du Cameroun. Elle est peuplée de 2 440 462 habitants en 2011, elle est après Douala, la deuxième ville en termes de population du pays. C'est aussi le chef-lieu de la Région du Centre et du Département du Mfoundi. Yaoundé abrite plusieurs institutions du Cameroun (Présidence de la république, Assemblée Nationale, SENAT, etc.). Cette ville est encore appelée Ongola, ce qui signifie « clôture » en ewondo, et se réfère au mur de l'ancien poste allemand. La ville de Yaoundé, est limitée au Sud par le mont Mbam Minkom (1 295 m), à l'Est par le Mont Nkolodom (1 221 m), et au Nord par le mont Eloumden (1 159 m). La ville de Yaoundé s'étend sur 304 km<sup>2</sup> soit une densité moyenne de 5 691 habitants par km<sup>2</sup> (Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2010).

Yaoundé est le siège de deux universités d'État : l'Universités de [Yaoundé 1](#) située au quartier Ngoa-Ekellé et l'Université de [Yaoundé 2](#) située à Soa. Plusieurs écoles supérieures et institutions s'y trouvent également. Parmi ces dernières se trouvent les structures de prise en charge et d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap à l'instar du service pour la promotion des personnes handicapées du Cameroun

(PROMHANDICAM-Association) et le Centre national de réhabilitation des personnes handicapées Cardinal Paul Emile LEGER (CNRPH). Nous avons mené notre étude dans les deux. Le premier étant une structure privée et le deuxième une structure publique.

### **3.2.2.1. Le PROMHANDICAM-Association**

Le 15 Août 1975, le regretté Colonel Daniel DE ROUFFIGNAC, retraité de l'armée de l'Air française, fonda Promhandicam-Association reconnue officiellement par le Ministère des Affaires Sociales par décision N° 79/0025/D/MINAS/SG/SCES/BS du 09 Avril 1979. Promhandicam devient PROMHANDICAM –Association en 1989 reconnue la même année par le Ministère de l'Administration Territoriale, après avis favorable de la présidence de la république, comme une œuvre sociale privée pour Personnes Handicapées du Cameroun basée à Yaoundé. Le centre s'occupait des personnes handicapées de Yaoundé (centre) et aussi ceux du Sud-Cameroun. Et depuis, ses services sont sollicités à travers plusieurs coins du pays et des pays limitrophes. 1996, est la date de signature d'un partenariat avec la Congrégation Catholique des fils de l'immaculée conception (pour sa gestion) qui avait déjà plusieurs projets œuvrant pour le service des handicapés avec une majorité située dans le Sud du Cameroun. Malgré cette relation avec la congrégation, l'association est laïque. PROMHANDICAM reçoit régulièrement de l'aide venant de plusieurs organisations différentes ; y compris, la Fédération Suisse des Aveugles et malvoyants qui la subventionne par le biais de la Christian Blind Mission (CBM), l'ONG Raoul Follereau. Jusqu'ici, PROMHANDICAM a déjà créé les départements suivants :

- 1977, Création de l'Ecole Primaire pour les Enfants Aveugles ;
- 1982, Création d'un centre de Formation professionnelle ;
- 1999, Création du projet de Réhabilitation à Base communautaire ;
- 2001, Création d'un atelier de Production Braille grâce à l'aide de plusieurs partenaires. - plus récemment, grâce à l'aide du Haut-Commissariat Britannique, nous avons ouvert un atelier d'Aides Techniques Roulantes pour handicapés physiques.

En plus de tout cela, PROMHANDICAM-Association emploie également les personnes handicapées. Plus de la moitié du personnel est handicapée ; Ce qui prouve qu'être handicapé, n'est pas une incapacité.

Le PROMHANDICAM a pour objectif de promouvoir les actions susceptibles de favoriser l'intégration holistique des personnes handicapées du Cameroun en général et des enfants handicapés en particulier. Cette promotion s'appuie sur : - la prévention des déficiences et des incapacités ; - l'éducation des enfants déficients visuels, intellectuels et moteurs ; - la formation professionnelle de jeunes adolescents et adultes jeunes handicapés ; - la rééducation fonctionnelle des personnes porteuses des déficiences de l'appareil locomoteur.

### **3.2.2.2. Le CNRPH de Yaoundé**

Créé en tant qu'œuvre sociale privée missionnaire en 1971 par le Cardinal Paul Émile LEGER, le Centre National de Réhabilitation des Handicapés d'Etoug-Ebé (CNRH) a été rétrocédé à l'état du Cameroun en 1978, et transformé en EPA par le Chef de l'État lors de la visite d'État de Sa Sainteté le Pape Benoît XVI au Cameroun en 2009. Désormais appelé Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Émile LEGER, le CNRPH devient le bras séculier de l'État, chargé de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de handicap, avec une extension de ses missions à la prise en charge de tous types de handicaps. Après l'extension de ses missions, le nombre des personnes handicapées reçues au CNRPH a connu une courbe ascendante au fil des années. L'on est passé de 6 995 pensionnaires en 2010 à 11 341 en 2016. Dans cette fourchette, près de 61 792 personnes ont été prises en charge dans le centre.

Ces chiffres montrent le degré de sollicitation du Centre tant au niveau national que dans la sous-région Afrique Centrale. Avec les coûts relativement acceptables dans la réhabilitation, le souci est de réduire les évacuations sanitaires vers l'occident. Ainsi de plus en plus, le CNRPH fait l'objet d'une attention particulière du Gouvernement à travers une augmentation progressive de son enveloppe budgétaire. La signature le 14 janvier 2016 du Contrat-Plan Etat/CNRPH 2016-2018 pour un montant de près de quatre milliards FCFA participe de cette volonté affichée de modernisation du plateau technique du CNRPH.

A côté du centre médicale offre des prestations médico-sanitaires dans la gestion des traumatismes sportifs, des accidents de la voie publique et ceux liés aux mouvements de foule et autres attentats terroristes éventuels, en termes de chirurgie orthopédique et

traumatologique, de rééducation polyfonctionnelle et de prise en charge psychosociale ; l'on note la présence d'une école primaire Inclusive à cycle complet et une école spécialisée.

### 3.3. Population

Notre population d'étude est constituée de l'ensemble des personnes déficientes du PROMHANDICAM et du CNRPH de Yaoundé. Plus précisément, il s'agit d'environ 92 apprenants de l'école inclusive du CNRPH (51) et de ceux du Promhandicam-Association (41) de deux sexes. Leur âge, oscillant entre 09 et 37 ans. Le tableau ci-dessous présente la distribution des participants selon le sexe et le centre d'accueil.

Tableau 3.3

*Distribution de la Population selon le sexe et la structure d'accueil*

	Structure d'accueil		Total
	Promhandicam	CNRPH	
Masculin	15	36	41
Féminin	26	15	41
Total	41	51	92

Au vu **du tableau, les filles sont** autant nombreuses que les garçons dans cette population.

### 3.4. Echantillon et méthode d'échantillonnage

Dans notre étude, c'est la méthode non probabiliste qui a été adoptée bien qu'elle ne permet pas au chercheur d'éviter l'erreur échantillonnale qui consiste à choisir des éléments dont les caractéristiques diffèrent de celles de la population mère. Parmi la pléthore de techniques d'échantillonnage, celle par réseaux ou boule de neige a été choisie. C'est une technique qui consiste à choisir des sujets, qu'il serait difficile de trouver autrement, selon des critères déterminés. On se base par exemple sur les réseaux sociaux, les amitiés, et le fait que les amis ont tendance à posséder des caractéristiques communes. Lorsque le chercheur a trouvé les sujets satisfaisants aux critères de choix, il leur demande de nommer ou d'indiquer d'autres personnes possédant les mêmes caractéristiques ou celles similaires. C'est ce qu'on appelle l'effet « boule de neige ». À cette technique, nous avons associé la technique d'échantillonnage par choix raisonné qui repose sur le jugement

du chercheur pour constituer un échantillon de sujets. Ceci était dû au fait que tous les participants ne pouvaient pas tous écrire ou lire, et même comprendre pour d'autres nos items. La table suivante présente notre échantillon selon le sexe et la structure d'accueil.

Tableau 3.4

*Distribution de l'échantillon selon le sexe et la structure d'accueil*

Sexe	Structure d'accueil		Total
	Promhandicam	CNRPH	
Masculin	5	13	18
Féminin	6	3	9
Total	11	16	27

Cette distribution d'échantillon indique qu'il y'a 18 garçons et 9 filles. Soit 5 garçons et 6 filles du Promhandicam et 13 garçons et 3 filles du CNRPH.

Tableau 3.5

*Distribution de l'échantillon selon le niveau scolaire*

Classe des participants	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Primaire	19	70,4%	70,4
Secondaire	5	18,5%	88,9
Supérieur	3	11,1%	100
Total	27	100%	

Cette distribution de l'échantillon selon la dernière classe fréquentée, indique que 70,4% de l'échantillon sont au primaire soit 19 personnes ; 5 personnes représentant 18,5% ont le niveau du secondaire et le reste, 3 personnes représentent la population ayant le niveau du supérieur, soit 11,1% de l'échantillon.

### 3.5. Description de l'instrument de collecte des données

Le questionnaire utilisé dans cette étude a trois parties : la partie A est relative aux caractéristiques sociodémographiques ; la partie B concerne les antécédents quant à la participation aux enquêtes portant sur le handicap et la partie C qui recherche le lien entre les classifications du handicap et la stigmatisation.

### **3.5.1. Partie relative aux informations sociodémographiques**

Le sondage portant sur les caractéristiques sociodémographiques se compose de cinq (05) items qui interrogent spécifiquement le genre (item A01), l'âge (item A02), la classe fréquentée pour les apprenants (item A03), le type et la nature de la déficience (item A04), et enfin le taux d'invalidité permanent (A05).

### **3.5.2. Partie relative aux antécédents quant à la participation aux enquêtes portant sur le handicap**

La partie portant sur les antécédents quant à la participation aux enquêtes portant sur son handicap se compose de quatre (04) items qui explorent entre autres : la participation à une étude portant sur sa déficience (item B01), le nombre de participation (item B02), l'objet de l'enquête (item A03) et enfin, l'item A04 qui est constitué d'une échelle du sentiment d'appartenance sociale (SAS) de Richer et Vallerand (1995).

Cette échelle mesure le sentiment d'appartenance sociale (feelings of relatedness) que les gens ressentent en milieu de travail ou de vie. Elle a deux dimensions, soit la dimension d'acceptation et celle d'intimité. On retrouve 5 énoncés pour chacune de ces deux dimensions évaluées sur une échelle de type Likert à 7 points allant de :1. Pas du tout en accord à 7. Très fortement en accord en passant respectivement par 2. Très peu en accord, 3. Un peu en accord, 4. Moyennement en accord, 5. Assez en accord et 6. Fortement en accord. Il est à noter qu'on peut utiliser cette échelle dans différents contextes de vie ou même dans la vie en général de la personne. Pour cela, il s'agit de remplacer le mot travail dans l'échelle initiale par autre chose, i.e. collègues, étudiants, dans mes relations dans ma vie en général, je me sens... et l'échelle peut être utilisée de cette façon.

#### **❖ Comment administrer le questionnaire : SAS**

La procédure est identique à celui de tous les questionnaires. Il commence par la lecture de la consigne. Rappeler qu'il ne s'agit pas ici d'un test de vitesse et de rappeler aux répondants qu'ils disposent de tout le temps nécessaire pour répondre au questionnaire. Généralement, dix minutes suffisent pour le parcourir. Le questionnaire ne renferme pas de questions pièges ; il tend seulement à cerner les modes de relations entre les personnes déficientes exposées à répétition aux enquêtes et leur entourage. Quand les consignes semblent bien comprises, on donne le signal pour commencer le remplissage. Lorsque les participants ont répondu à toutes les questions, on peut passer au dépouillement.

### ❖ **Comment calculer le score pour chacune des deux sous échelles**

Pour calculer le score obtenu à chacune des deux sous échelles du SAS, c'est simple. Il suffit de noter que les items 1, 3, 5, 7, 9 mesurent l'Acceptation et les items 2, 4, 6, 8, 10 mesurent l'Intimité. Un individu sera considéré comme socialement accepté si son score moyen sur l'échelle de Likert dans la sous échelle acceptation est supérieur ou égale à 4. De même, un individu sera considéré comme socialement intimidé si son score moyen sur l'échelle de Likert dans la sous échelle intimité est supérieur ou égale à 4. Cependant, le sentiment d'appartenance sociale sera donné par le score moyen de l'individu sur l'ensemble de l'échelle.

### **3.5.3. Partie relevant le lien entre les classifications du handicap et la stigmatisation**

Cette partie est constituée de neuf (09) items. Le premier explore leur connaissance des différents types de handicap (item C01) ; le deuxième explore le statut par une autodescription (item C02) ; le troisième vise à avoir leur perception des classifications du handicap (item C03). L'item (C04) Pensez-vous que ces classifications facilitent l'acceptation sociale de la personne handicapée permet de voir le lien que la personne établie entre les classifications du handicap et l'intégration sociale. Ensuite, Je me sens plus proche d'une personne handicapée que d'une personne non handicapée (item C05), explore leur intégration ou non dans l'environnement. Leur identité sociale est explorée par l'item (C06). Les deux derniers items (C07 et C08) explorent respectivement leur identité personne et leur intégration sociale.

### **3.6. Validation de l'instrument**

Deux modes de validation d'un instrument de collecte de données existent en ce qui concerne une recherche scientifique. La validation par un prétest et la validation par un panel d'experts. Cette deuxième modalité de validation a été utilisée dans le cadre de cette recherche. Ceci l'a été ainsi parce que peu d'études existent sur le sujet qui nous intéresse. Aussi, l'option des experts nous ont semblé plus efficace pour la validation de cet instrument, car ils nous permettaient de nous rassurer que nous sommes sur du bon chemin et sur la faisabilité d'une telle recherche. Ainsi, trois enseignants ont été consultés, un Maître de conférences, deux Docteurs chargés de cours ; tous œuvrant et menant des recherches dans le domaine du handicap. Parmi les deux docteurs, figurait un Anthropologue et un Psychologue.

## Le questionnaire final

Après échange avec les experts, le questionnaire sur le fond n'a subi aucune altération car les modifications avaient pour seule visée de le rendre compréhensif pour tous les participants. Sur la forme, en dehors des questions reformulées, le questionnaire garde ses trois parties. La partie A qui explore les informations sociodémographiques avec ses cinq (05) items, la partie B qui explore les antécédents quant à la participation aux enquêtes portant sur le handicap avec quatre (04) items et en fin, la partie C qui porte sur les classifications du handicap et leur impact sur l'acceptation sociale avec neuf (09) items. En somme, le questionnaire avait un total de 18 items repartir sur trois (03) feuilles.

Dans le cadre de cette recherche aussi, la validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale a été faite à travers une étude de la fiabilité ou de la consistance interne via le calcul de l'indice de cohérence interne : de l'alpha de Cronbach. Cette technique qui s'éprouve par une analyse des corrélations entre les scores obtenus à chaque item et le score total, pour un ensemble suffisamment large d'individus démontre que l'échelle est relativement cohérente par rapport à elle-même (fidélité) Demeuse M. (nb, p.215). Ce calcul a été fait à partir du logiciel *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) version 21. Pour que l'échelle soit validée, elle doit présenter une bonne valeur du alpha de Cronbach. C'est-à-dire, une valeur comprise entre 0.7 et 1. Le tableau 3.6 ci-dessous présente les résultats de l'analyse de fiabilité des différentes sous échelles (valeur de l'alpha de Cronbach) utilisées dans cette recherche.

Tableau 3.6

*Valeur de l'alpha de Cronbach pour l'échelle du SAS de Richer et Vallerand (1995).*

Sous échelle	Acceptation sociale	Intimité sociale
Alpha de Cronbach ( $\alpha$ )	0.61	0.74

Cette table montre que les différentes sous-échelles de l'échelle du sentiment d'appartenance ont des items qui sont assez cohérents entre eux pour être retenus comme pouvant permettre de déterminer le sentiment d'appartenance sociale des apprenants.

### **3.7. Procédure de collecte des données**

#### **3.7.1. De la collecte des données**

Selon Ghiglione et Matalon (1978), la passation du questionnaire peut avoir lieu soit dans des lieux publics, soit au domicile du participant. Pour le cas de cette étude, nous avons passé notre questionnaire dans les lieux publics et dans un cadre de groupe pour s'assurer que tous les répondants aient les mêmes conditions de passation. Cette étude s'est déroulée à deux endroits aux heures ouvrables au PROMHANDICAM et au CNRPH, du Mardi 27 au Vendredi 30 Novembre 2018.

A chaque participant, nous nous sommes présentés, puis, nous leur avons expliqués l'objet de notre étude. Par la suite les volontaires étaient invités à entrer en possession des questionnaires. Les questionnaires sont alors distribués à ceux pouvant lire et écrire. Pour d'autres, nous remplissions. Nous avons attiré l'attention sur la nécessité de bien lire l'entête avec les consignes mentionnées avant le début du remplissage. Nous insistions sur la compréhension de l'échelle de Likert en sept points qui nous semblait complexe. L'échelle de type Likert est une méthode de mesure verbale d'attitude des individus. Elle permet d'apprécier un état psychologique donné. Elle est généralement constituée de plusieurs énoncés, suivis d'un choix de réponses qui représente différents niveaux d'accord (1. Pas du tout en accord 2. Très peu en accord, 3. Un peu en accord, 4. Moyennement en accord, 5. Assez en accord, 6. Fortement en accord et 7. Très fortement en accord). Parfois on retrouve l'existence d'un point milieu : ni en accord, ni en désaccord

De plus, il leur était rappelé que les réponses étaient personnelles (ceci pour éviter certains biais liés à l'enquêté) non sans insister sur la durée nécessaire pour le remplissage qui est un élément fondamental pour la qualité des réponses (la spontanéité étant recommandé). Suite à cela, ils commençaient à répondre aux questions. Une fois terminé avec la collecte de données, le dépouillement et l'analyse pouvaient commencer.

#### **3.7.2. Les techniques d'analyse des résultats**

Rappelons qu'un test statistique est avant tout une procédure qui permet d'aboutir en fonction de certaines règles de décisions, au rejet ou à l'acceptation d'une hypothèse de départ. Ainsi, en psychologie de l'éducation, plusieurs tests d'hypothèses sont utilisés parmi lesquels : le test du khi-carré, le test t ou z de Student, l'analyse de la variance (Anova), l'analyse de corrélation, l'analyse de régression, l'analyse multidimensionnelle.

L'objectif de la recherche nous a davantage conduits vers l'utilisation du test de Chi-deux. Il existe plusieurs variantes de ce test : le test de Chi-deux d'ajustement, d'homogénéité, d'égalité de proportions et d'indépendance. C'est de cette dernière qu'il s'agit dans cette recherche. Ici, on mesure deux variables aléatoires qualitatives dans une population et on veut savoir si ces variables sont indépendantes c'est-à-dire si la connaissance d'une des variables peut influencer la loi de probabilité de l'autre.

### **3.8. Difficultés rencontrées**

L'implication de manière objective du chercheur dans une recherche n'exclut pas le fait que dans le déroulement de son étude qu'il soit confronté à des difficultés dont la présentation est nécessaire pour aviser ceux qui se lancent dans la recherche des réalités du terrain. Ainsi, au cours de notre recherche nous avons été confrontés à quelques difficultés. La première a été la difficulté à avoir accès aux participants. Certains participants réclamaient une motivation financière en contrepartie avant de remplir le questionnaire. Il a fallu leur expliquer le bien-fondé de ce travail et notre statut d'étudiant, pour les convaincre de nous accorder une partie de leur temps. La deuxième difficulté à laquelle nous avons fait face est celle de la langue. En effet, nous avons eu les volontaires de langue anglaise pourtant nous n'avons pas de version anglaise de notre questionnaire. Troisièmement, le fait que nos deux sites de recherche soient diamétralement opposés n'a pas facilité le travail de collecte d'information.

Ce chapitre était consacré à la présentation des différents éléments qui rendent compte du comment les données ont été collectées, à partir de quoi et comment elles ont été analysées. Nous avons choisi de travailler à Yaoundé, siège de la capitale politique du Cameroun et dans deux structures : une publique et l'autre privée. Aussi, nous avons choisi de questionner le processus de recherche auprès des personnes déficientes physiques comme producteur de stigmatisme à cause de fréquence élevée des recherches auprès de ces derniers. Le questionnaire à servir d'outils de collecte de données et pour leur analyse le test statistique du Chi-deux a été utilisé. Enfin, quelques difficultés liées à la langue et à la disponibilité, et de la dispersion des structures de recherche ont quelque peu entaché nos efforts.

## Chapitre 4 : Présentation et analyse des résultats

Dans ce chapitre, nous avons l'ambition de donner une présentation claire, précise et concise des données collectées sur le terrain. L'analyse est faite en deux temps : une analyse des facteurs secondaires et une analyse du facteur principal. Les facteurs secondaires sont ceux sur lesquels nous n'avons pas formulé d'hypothèses. Le facteur principal par contre est celui à partir duquel nous avons formulé l'hypothèse générale. Pour une meilleure analyse nous avons fait pour tous les facteurs, à la fois une analyse descriptive et une analyse inférentielle.

### 4.1. Analyse des facteurs secondaires

Ce sont les facteurs n'ayant pas fait l'objet d'hypothèse. Cependant, ils permettent tout de même de rendre compte du sentiment d'appartenance sociale. Ils sont au nombre de six dans cette étude. Il s'agit des caractéristiques sociodémographiques : le sexe, l'âge, la participation aux études. L'effet de chacun de ces facteurs secondaires sur le sentiment d'appartenance sociale a été testé en faisant une analyse descriptive et une analyse inférentielle.

#### 4.1.1. Sexe et sentiment d'appartenance sociale

Notre population tout comme notre échantillon présente les sujets des deux sexes. Aussi, les hommes ont une grande proportion : 18 contre 09 filles.

Tableau 4.1

*Comparaison des moyennes de l'échantillon selon le sexe et le sentiment d'appartenance sociale*

	Sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Sentiment d'appartenance sociale	Masculin	18	4,8056	,47709	,11245
	Féminin	9	4,5000	,60000	,20000

Note.  $t = 1,440$   $P = 0,162$

$\chi^2 = 18,563$   $P = 0,001$

Il découle de cette table 4.1 que des 27 personnes qui ont participé à l'étude, 18 représentent les hommes et ont une moyenne de 4,80 sur l'échelle du sentiment

d'appartenance sociale avec un écart type de 0,477. Les neuf (09), représentent les femmes et ont une moyenne de 4,5 et un écart type de 0,6. A l'observation, les garçons semblent avoir un sentiment d'appartenance plus élevé que les filles. Dans l'ensemble aussi, la comparaison des moyennes générales des deux groupes (Garçons et Filles) ne permet pas de conclure qu'un groupe est meilleur que l'autre ( $t=1,440$ ,  $p=0,162 >.05$ ). Par ailleurs, le test de Chi-deux appliqué à cette population indique qu'il y a un lien de dépendance entre le sexe et le sentiment d'appartenance sociale ( $\chi^2= 18,563$   $P= 0,001$ ). La table de calcul est en annexe.

#### 4.1.2. Structure d'accueil et sentiment d'appartenance sociale

Notre étude a été menée sur deux sites : le Promhandicam-Association et le CNRPH.

Tableau 4.2

*Comparaison des moyennes de l'échantillon selon la structure d'accueil et le sentiment d'appartenance sociale*

Structure d'accueil	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Sentiment d'appartenance sociale Promhandicam	11	4,2727	,49212	,14838
CNRPH	16	5,0000	,30984	,07746

Note.  $t=-4,724$   $P=0,00000000$

Le tableau 4.2 nous les moyennes et les écart types de l'échantillon selon la structure d'accueil. Il ressort que les 11 participants dont la structure d'accueil est le Pronhandicam, ont une moyenne de 4,27 et un écart type de 0,49. Ceux du CNRPH ont une moyenne de 5,00 et un écart type de 0,30. L'apparente différence qui s'observe dans le tableau est confirmée par le test de comparaison t de student pour groupe indépendants ( $t=-4,724$   $P=0,00000000$ ). Les participants du CNRPH ont un sentiment d'appartenance sociale plus élevé que les participants du Promhandicam.

#### 4.1.3. Niveau académique et sentiment d'appartenance sociale

Le niveau académique est une donnée fondamentale dans la compréhension et l'interprétation des comportements de notre environnement. Selon que l'on soit au primaire, au secondaire ou au supérieur, les niveaux de conceptualisations diffèrent et

impactent sur nos attitudes. Les participants de cette étude avaient des niveaux d'étude différents. Du primaire au supérieur, le nombre allait décroissant.

Tableau 4.3

*Distribution de l'échantillon selon leur niveau académique*

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Primaire	19	70,4	70,4	70,4
	Secondaire	5	18,5	18,5	88,9
	Supérieur	3	11,1	11,1	100
	Total	27	100	100	

Note.  $F=0,606$   $P= 0,554$

Il ressort de ce tableau 4.3 que 19 participants soit (70,4%) de l'échantillon total avaient un niveau scolaire correspondant au cycle de l'enseignement primaire. Cinq autres soit (18,5%) avaient le niveau du cycle de l'enseignement secondaire. Le plus petit effectif, 3 pour 11,1% de l'échantillon avaient un niveau correspondant à celui du cycle d'enseignement supérieur.

L'effet du niveau académique sur le sentiment d'appartenance sociale a été testé à partir de l'analyse de la variance. Les résultats montrent que les moyennes des groupes ne diffèrent pas significativement. ( $F(3, 24) = 0,0606$  ;  $p = 0,554 > 0,05$ ). De manière plus précise, les résultats montrent que le niveau académique n'a pas une influence significative sur le sentiment d'appartenance sociale.

#### **4.1.4. Déficience et sentiment d'appartenance sociale**

La déficience physique a des variantes. Les amputés, les paraplégiques, les tétraplégiques, et bien d'autres. Selon la conception des tenants de théories de la saillance, les différents types ne vont pas s'exprimer de la même manière et les partisans ne vivront pas les mêmes frustrations. Dans cette étude, nous n'avons eu à faire qu'aux amputés, paraplégique et aveugles.

Tableau 4.4

*Distribution de l'échantillon selon le type de déficience*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Aveugles/Mal voyant	3	11,1	11,1	11,1
Amputé	9	33,3	33,3	44,4
Paraplégie	15	55,6	55,6	100
Total	27	100	100	

Note.  $F = 7,093$   $P = 0,014$

A la lecture du tableau 4.4 ci-dessus, il ressort que les paraplégiques sont les plus nombreux, soit 55,6% de l'échantillon total. Ils sont suivis par les Amputés, qui sont au nombre de 9 soit 33,3% de l'échantillon. En fin, les handicapés sensoriels et plus précisément, les aveugles représentent 11,1% de l'échantillon avec un effectif de 3.

Tableau 4.5

*Résultat de l'analyse de la variance appliqué au type de déficience et sentiment d'appartenance sociale*

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,482	1	1,482	7,093	0,014
Intra-groupes	4,597	22	0,209		
Total	6,08	23			

L'effet de la variable secondaire type de déficience sur le sentiment d'appartenance sociale a été testé à partir de l'analyse de la variance comme le présente la table 4.5 précédente. Les résultats indiquent que les scores des différents types de Baccalauréat diffèrent significativement entre elles ( $F(3, 24) = 7,093$ ;  $p = 0,014 < 0,05$ ).

#### **4.1.5. Nombre de participation aux enquêtes sur sa déficience et sentiment d'appartenance sociale**

L'expérience chez un individu va grandissant au fur et à mesure qu'il se confronte à la réalité. Ceci oriente ses actions et influence ses attitudes. La plupart de participants avaient déjà fait l'expérience de participer à au moins deux entretiens portant sur leur déficience.

Tableau 4.6

*Comparaison des moyennes de l'échantillon selon le nombre de participation aux études portant sur leur déficience et le sentiment d'appartenance sociale*

	Nombre de participation	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Sentiment d'appartenance sociale	Deux à trois fois	13	4,5846	0,49807	0,13814
	Plus de trois fois	14	4,8143	0,55311	0,14783

Note.  $t=1,131$   $P=0,269$

$\chi^2= 14,984$   $P= 0,005$

La table 4.6 nous présente la répartition de l'échantillon selon le nombre de participation aux études portant sur leur déficience et le sentiment d'appartenance sociale. Il ressort ainsi que les participants ayant un nombre de participation maximum de trois ont une moyenne de 4,5846 et un écart type de 0,49807. Pour ceux ayant une participation supérieure à trois, leur moyenne est de 4,8143 et leur écart type 0,55311. Au vu donc de cette table, l'on constate que les participants qui sont le plus sollicités ont un sentiment d'appartenance sociale plus élevé. Cependant, ces différences visibles sont-elles significatives au seuil de 5% ? Le test de comparaison de moyennes t de student a été effectué et le résultat indique que les moyennes des deux groupes ne diffèrent pas significativement ( $t = 1,131$   $P = 0,269 >.05$ ).

Un test de Chi-deux a par ailleurs été associé pour étudier le lien entre les deux variables. Celui-ci nous montre qu'il y a un lien entre le nombre de participation aux études portant sur sa déficience et le sentiment d'appartenance sociale des participants ( $\chi^2= 14,984$   $P= 0,005$ ).

#### **4.1.7. Importance des classifications dans la facilitation de la socialisation et sentiment d'appartenance sociale**

Classer c'est simplifier notre environnement. Classer c'est aussi diviser et regrouper selon les points de ressemblances ou de dissemblances. Classer c'est aussi et enfin rendre saillant une information ou une catégorie.

Tableau 4.7

*Distribution de l'échantillon la perception des classifications de handicap et le sentiment d'appartenance sociale*

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	8	29,6	29,6	29,6
Non	16	59,3	59,3	88,9
Plus ou moins	3	11,1	11,1	100
Total	27	100	100	

Note. F=9,139 P=0,001

Les participants de notre étude avaient à donner leur avis sur l'importance des classifications de handicap issues des travaux de recherche sur leur situation comme facteur facilitant leur acceptation sociale ou non. Ils pouvaient choisir Oui pour dire que la classification est une bonne chose pour faciliter leur acceptation sociale, ou Non pour dire que les classifications ne facilitent en rien l'acceptation sociale de la personne déficiente ou enfin choisir plus ou moins pour indiquer qu'ils n'ont pas une idée précise sur la question. Ainsi, 29,6% (soit 8 sur 27) ont choisi Non, 59,3% (soit 16 sur 27), ont choisi Oui et enfin, 11,1% (soit 3 sur 27) sont indécis.

Les moyennes de ces différents groupes diffèrent-elles significativement ? Pour répondre à cette question, un test de comparaison des moyennes (Analyse de la variance) a été fait ; les résultats montrent que la différence observée n'est pas qu'apparente. Car au seuil de significativité de 5%, le test ( $F(3, 195) = 9,139 P=0,001$ ) indique que le sentiment d'appartenance des participants diffèrent selon le perception de l'importance des classification du handicap.

Tableau 4.8

*Test de comparaisons multiples de Tukey*

(I) Classification et facilitation de la socialisation	(J) Classification et facilitation de la socialisation	Différence		P	Intervalle de confiance à 95%	
		de moyennes (I-J)	Erreur standard		Borne inf	Borne sup
Oui	Non	<b>-0,60625*</b>	0,18005	0,007	-1,0559	-0,156
	Plus ou moins	<b>-1,07500*</b>	0,2815	0,002	-1,778	-0,372
Non	Oui	<b>0,60625*</b>	0,18005	0,007	0,1566	1,0559
	Plus ou moins	-0,46875	0,2616	0,194	-1,122	0,1845
Plus ou moins	Oui	<b>1,07500*</b>	0,2815	0,002	0,372	1,778
	Non	0,46875	0,2616	0,194	-0,1845	1,122

Note. \* La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Cette table nous indique que la différence de moyenne entre ceux qui ont dit Oui, autrement dit, que les classifications facilitaient l'acceptation sociale ont un sentiment d'appartenance sociale significativement plus faible. Par ailleurs, les indécis ont un sentiment d'appartenance sociale plus élevé que ceux qui trouvés les classifications comme facteur modérateur de l'acceptation sociale.

#### 4.1.8. Distance sociale de l'autre à moi et sentiment d'appartenance

Selon Jean Paul Codol, la perception sociale de la distance entre deux individus ou groupes peut varier selon que le référent soit le sujet lui-même ou l'autre. L'évaluation de cette distance permet d'avoir une idée sur la qualité des relations entre ces deux individus ou groupe et peut faciliter l'appréciation du sentiment d'appartenance.

Tableau 4.8

*Comparaison des moyennes de l'échantillon selon la perception de la distance sociale de l'autre à moi et le sentiment d'appartenance sociale*

Distance sociale de l'autre à moi	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Sentiment d'appartenance sociale	Oui	3	5,3000	0,00000
	Non	24	4,6292	,51540

Note.  $t=2,216$   $P=0,036$

Il ressort de cette table 4.8 que 3 participants sur 27 trouvent que les personnes porteuses de déficience sont moins proches d'elles que les personnes non déficientes. Celles-ci ont une moyenne de sentiment d'efficacité égale à 5,3 (Ecart type 0,0000). De l'autre côté, 24 participants sur 27 disent que les personnes porteuses de déficiences sont plus proches d'elles que les personnes non porteuses de déficiences.

Le test de comparaison des moyennes appliqué à cet échantillon indique que les participants qui affirment être moins proches des personnes porteuses de déficience ont un sentiment d'appartenance sociale plus élevé que les personnes qui affirment être plus proche des personnes déficientes que des personnes non déficientes ( $t=2,216$   $P=0,036$ ). De manière plus précise, être déficient et avoir les amis non déficients, augmente le sentiment d'appartenance sociale de ces personnes.

#### **4.1.9. Perception sociale de l'appellation Handicapée et sentiment d'appartenance**

Nommer facilite l'identification, la classification et l'analyse. Nommer ou alors mal nommer c'est discriminer. C'est généralement le cas dans la société. La table 4.9 ci-dessous donne la perception des participants du fait que certaines personnes de leur environnement social leur appel handicapé et leur sentiment d'appartenance sociale.

Tableau 4.9

*Comparaison des moyennes de l'échantillon selon la perception de l'appellation handicapée et le sentiment d'appartenance sociale*

Perceptions de l'appellation Handicapée	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Sentiment d'appartenance sociale	Oui	5	3,94	0,21909
	Non	2	4,8773	0,4105

Note.  $t=-4,897$   $P=0,000000$

Il se lit ici que 5 participants récusent l'appellation de handicapée pour les désigner. Ils obtiennent aussi sur l'échelle du sentiment d'appartenance sociale une moyenne de 3,94 (avec un écart type de 0,21909). Ceux qui ne trouvent pas de problème avec leur désignation par le vocable handicapé représentent 22 participants. Ils ont une moyenne de 4,8773 (avec un écart type de 0,4105). D'aucuns acceptent sans difficulté que l'on les qualifie de handicapé pendant que d'autres refusent et contestent cet état de chose.

La différence observée dans ces moyennes est-elle significative ? le test de comparaison de moyennes de Student permet de répondre par l'affirmative à cette interrogation ( $t=-4,897$   $P=0,000000$ ). Plus concrètement, ses résultats montrent que plus un déficient accepte le nom handicapé, plus son sentiment d'appartenance sociale est plus élevé.

#### **4.1.10. Attente de la société vis à vis de la personne handicapée et sentiment d'appartenance**

L'homme se sent de plus en intégrer dans une organisation quand de plus en plus il reçoit des sollicitations. Ceci, lui fait prendre conscience de son utilité.

Tableau 4.10

*Comparaison des moyennes de l'échantillon selon l'attente de la société vis à vis de la personne handicapée et le sentiment d'appartenance sociale*

Attente de la société vis à vis de la personne handicapée		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Sentiment d'appartenance sociale	Oui	25	4,784	0,46249	0,0925
	Non	2	3,7	0	0

Note.  $t=3,255$   $P=0,003$

L'analyse de cette table 4.10 laisse transparaître que 25 participants reconnaissent que la société a des attentes en vers eux. Ils ont eu une moyenne de sentiment d'appartenance sociale de 4,784 (avec un écart type de 0,46249). Deux (02) participants disent que la société n'a pas des attentes en vers eux. Ils ont par conséquent, une moyenne de 3,7 (avec un écart type de 0,0000) sur l'échelle du sentiment d'appartenance sociale.

La différence observée dans ces moyennes est-elle significative au seuil de 0,05? le test de comparaison de moyennes t de Student permet de répondre par l'affirmative à cette interrogation ( $t=3,255$   $P=0,003$ ). Plus concrètement, ses résultats montrent que plus un

déficient a le sentiment que la société a des attentes vis-à-vis de lui, plus son sentiment d'appartenance sociale est plus élevé et vice versa.

Tableau 4.11

*Mesure du sentiment d'appartenance sociale de l'échantillon*

	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Sentiment d'appartenance sociale	27	4,7037	0,53023	3,7	5,3
Acceptation sociale	27	4,8444	0,53301	3,8	5,6
Intimité sociale	27	4,6685	0,5846	3,58	5,48

Dans le tableau 4.11, sont regroupées les différentes moyennes et écart type de l'échantillon global ainsi qu'en regroupant les réponses correspondant aux deux éléments constitutifs précédemment cités du sentiment d'appartenance sociale (acceptation, intimité). Nous observons que la moyenne de l'échantillon dans la sous échelle acceptation sociale est plus élevée que celle du sous échelle intimité sociale (soit 4,8444 contre 4,6685). La moyenne générale qui au sentiment d'appartenance sociale de l'échantillon est de 4,7037 avec un écart type 0,53023.

Cette section était consacrée à la présentation des résultats issus de l'analyse des facteurs secondaires. Nous retenons que les analyses des croisements entre les différents facteurs secondaires (le sexe, le niveau académique, le type de de déficience physique, le nombre de participation aux études sur son handicap, Importance des classifications dans la facilitation de la socialisation, Distance sociale de l'autre à moi, Perception sociale de l'appellation Handicapée et Attente de la société vis à vis de la personne handicapée) et le sentiment d'appartenance sociale ont été faites sur 2 plans : un plan descriptif et un plan inférentiel. Ces analyses des facteurs secondaires et le sentiment d'appartenance sociale ont montré que le Sexe, le Niveau académique et le Nombre de participation aux enquêtes sur sa déficience n'ont aucune influence sur le sentiment d'appartenance sociale. Parmi les facteurs qui corrèlent, nous Structure d'accueil, Importance des classifications dans la facilitation de la socialisation, Distance sociale de l'autre à moi, Perception sociale de l'appellation Handicapée et les attentes de la société vis à vis de la personne handicapée. Ces résultats de l'analyse des facteurs secondaires bien que pertinents ne peuvent pas nous permettre de statuer sur nos hypothèses spécifiques. C'est pourquoi un effort est fait pour

analyser le facteur principal qui est la recherche scientifique auprès des personnes déficientes physiques avec ses différentes modalités.

## 4.2. Analyse du facteur principal

Cette partie de notre travail nous permettra de faire des analyses qui vont nous aider de statuer sur nos hypothèses. Une hypothèse générale et deux hypothèses spécifiques. Nous nous servirons des corrélations et des régressions pour infirmer ou confirmer nos hypothèses de recherches et par conséquent notre hypothèse générale.

### 4.2.1. Analyse du lien existant entre les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap et la stigmatisation de la personne handicapée

Notre première hypothèse de recherche est énoncée comme suit : « *Les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation pour la personne handicapée* ». L’item C04 « *Pensez-vous que ces classifications facilitent l’acceptation sociale de la personne handicapée ?* » a été choisi comme représentatif, pour mieux apprécier l’importance des classifications du handicap issues des recherches scientifiques sur les personnes déficientes. Son croisement avec la variable dépendante représentée par le score à l’échelle du sentiment d’appartenance sociale, donne le tableau de contingence ci-dessous.

Tableau 4.11

*Contingence entre Classification du handicap et le sentiment d'appartenance sociale*

		<i>Classification et facilitation de la socialisation</i>			<i>Total</i>	
		Oui	Non	Plus ou moins		
<i>Sentiment d'appartenance sociale</i>	3,7	Effectif	2	0	0	2
		Effectif théorique	0,6	1,2	0,2	2
	4,1	Effectif	3	3	0	6
		Effectif théorique	1,8	3,6	0,7	6
	4,7	Effectif	3	5	0	8

Total	5	Effectif théorique	2,4	4,7	0,9	8
		Effectif	0	3	0	3
	5,3	Effectif théorique	0,9	1,8	0,3	3
		Effectif	0	5	3	8
		Effectif théorique	2,4	4,7	0,9	8
		<b>Effectif</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>27</b>
	<b>Effectif théorique</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	

Note.  $\chi^2 = 16,875$  P= 0,031

Cette table nous donne les effectifs empiriques et les effectifs théoriques de notre échantillon sur les variables indépendantes et dépendantes. Il ressort que le test de Chi deux d'indépendance de relation entre les deux variables, permet de rejeter l'hypothèse nulle et l'acceptation de l'hypothèse alternative ( $\chi^2 = 16,875$  P= 0,031). Autrement dit, il existe un lien de dépendance entre les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation de la personne handicapée.

D'ailleurs, le coefficient de V de Cramer donne une valeur supérieure à 0,5 (soit 0,559). Ce qui indique que le lien entre les deux variables est fort. Autrement dit, la connaissance des classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap est liée à la perception de l'identité que l'individu a de lui-même. Une identité que lui confère le groupe auquel il estime appartenir. Seulement, cette relation n'est pas dans le sens de notre prédiction.

#### **4.2.2. Analyse du lien entre le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap et la stigmatisation de la personne handicapée**

Notre deuxième hypothèse de recherche est énoncée comme suit : « *Le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap produit de la stigmatisation de la personne handicapée* ». L'item C09 « *Les personnes non handicapées sont plus proches de moi que les personnes handicapées* », a été choisi comme représentatif, pour mieux apprécier l'importance du lien entre le processus d'observation

dans les recherches scientifiques sur le handicap chez les personnes déficientes. Son croisement avec la variable dépendante représentée par le score à l'échelle du sentiment d'appartenance sociale, donne le tableau de contingence ci-dessous.

Tableau 4.12

*Contingence entre distance sociale de moi à l'autre et le sentiment d'appartenance sociale*

		<i>Distance sociale de moi à l'autre</i>		<i>Total</i>	
		Oui	Non		
<i>Sentiment d'appartenance sociale</i>	3,70	Effectif	2	0	2
		Effectif théorique	1,4	,6	2,0
	4,10	Effectif	3	3	6
		Effectif théorique	4,2	1,8	6,0
	4,70	Effectif	8	0	8
		Effectif théorique	5,6	2,4	8,0
	5,00	Effectif	3	0	3
		Effectif théorique	2,1	,9	3,0
	5,30	Effectif	3	5	8
		Effectif théorique	5,6	2,4	8,0
<i>Total</i>		<b>Effectif</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>27</b>
		<b>Effectif théorique</b>	<b>19,0</b>	<b>8,0</b>	<b>27,0</b>

Note.  $\chi^2 = 10,813$  P= 0,029

Cette table nous donne les effectifs empiriques et les effectifs théoriques de notre échantillon sur les variables indépendantes et dépendantes. Il ressort que le test de Chi deux d'indépendance de relation entre les deux variables, permet de rejeter l'hypothèse nulle et l'acceptation de l'hypothèse alternative ( $\chi^2 = 10,813$  P= 0,029). Autrement dit, il existe un lien de dépendance entre le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap et la stigmatisation de la personne handicapée.

Cette partie sur l'analyse du facteur principal se termine par l'acceptation de nos deux hypothèses de recherche. En effet, nous avons émise deux hypothèses de recherches.

La première présuait une relation de cause à effet entre les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap et la stigmatisation de la personne déficiente physique. Les résultats indiquent que cette est acceptée ( $\chi^2= 16,875$  P= 0,031). La deuxième hypothèse quant à elle présuait plutôt que le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap produit de la stigmatisation de la personne déficiente physique. Celle-ci a été aussi validée ( $\chi^2= 10,813$  P= 0,029).

Le coefficient de contingence qui mesure la force du lien entre les deux variables est de 0,597. Celle-ci indique que la relation entre la recherche scientifique (participation à une étude scientifique) et production du handicap est forte. Il semble donc qu'une opération mise sur pied initialement pour conforter l'individu dans sa position de déficient et améliorer son bien-être, soit liée plutôt à l'altération de la perception qu'il a de lui-même. Tout se passe donc comme si la participation à une étude sur le handicap était liée à un processus de révélation des limites sociales.

À la sortie de ce chapitre quatrième qui portait sur la présentation des résultats, il ressort que les résultats corroborent à 100% les prédictions de l'hypothèse générale. L'analyse s'est faite en deux parties, une partie sur l'analyse des facteurs secondaires et une autre sur l'analyse du facteur principal. L'analyse des facteurs secondaires a montré que plusieurs facteurs sont associés sentiment d'appartenance sociale (Distance sociale de l'autre à moi, Perception sociale de l'appellation Handicapée). L'analyse du facteur principal nous a permis de statuer sur l'acceptation de nos hypothèses de recherche (HR1 et HR2). Autrement dit, le processus de recherche tel qu'il ne se mène auprès de personnes déficientes physiques contribue à leur rendre handicapée. Il en est de même pour les résultats sous forme de classifications des différents types de handicaps qui non seulement facilitent la gestion de ces personnes, mais aussi, affaiblissent leur sentiment d'appartenance sociale, et donc leur handicap. Ces résultats sont-ils de natures à être soutenus théoriquement ou par les autres études de recherches antérieures ?

## Chapitre 5 : Interprétation des résultats et implications professionnelles

Dans ce chapitre nous abordons la discussion des résultats issus de l'analyse du facteur principal en se servant à la fois des résultats issus de l'analyse des facteurs secondaires. Ceci se fera aussi sur la base des recherches antérieures et du cadre théorique. Nous donnerons les implications de ces résultats vers la fin du chapitre.

### 5.1. Le sentiment d'appartenance sociale

Il est établi par de nombreuses recherches scientifiques que le sentiment d'appartenance des élèves à l'établissement est favorable à leur réussite scolaire (Marcian, 2016). Il en est de même du sentiment d'appartenance sociale pour de nombreux domaines. L'impact positif sur le climat social ou encore la motivation en font un facteur important. Ce sentiment d'appartenance peut être corrélé à l'engagement des élèves au sein d'activités parascolaires et même extrascolaire telle que la recherche que conduisent certains chercheurs sur le terrain éducatif. Ceci sera davantage corrélé que la cible sera un apprenant déficient qu'un apprenant dit non déficient. Ainsi, la recherche sur le handicap auprès des personnes déficientes, en tant qu'activité extrascolaire, peut-elle être un outil pour influencer sur le sentiment d'appartenance sociale des élèves ? Si oui, l'on pourra conclure à une production de situation de handicap par la recherche scientifique sur le handicap auprès des personnes déficientes si on observe une baisse de sentiment d'appartenance sociale. L'étude menée dans ce mémoire se propose de mettre en exergue le lien entre la recherche scientifique et la production du handicap. Ce dernier devant être déduit du sentiment d'appartenance sociale des participants déficients physiques de deux établissements qui accueillent en leur sein cette catégorie de personne grâce à l'échelle de mesure développée par Richer et Vallerand (1998) sous forme de questionnaire.

Les hypothèses formulées sont les suivantes :

**HR1 :** Les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation de la personne handicapée

**HR2 :** Le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap produit de la stigmatisation de la personne handicapée

Commençons par la discussion de la première hypothèse.

## 5.2. Discussion des résultats

### 5.2.1. Les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation de la personne handicapée

Les résultats obtenus dans la mesure du lien de causalité entre les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap et la stigmatisation de la personne handicapée lors de cette étude sont en accord avec notre hypothèse.

En effet, il ressort de l'analyse du Chi-deux d'indépendance de relation entre les deux variables, que l'hypothèse nulle est rejetée et l'hypothèse alternative acceptée ( $\chi^2=16,875$   $P=0,031$ ). Autrement dit, les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap auprès des personnes déficientes créent de la stigmatisation chez ces derniers. L'on peut donc déduire de cette analyse que les classifications produites par les grandes organisations internationales en charge des questions de santé et du bien-être ont un effet pervers sur la personne déficiente physique. Ces résultats ont par ailleurs indiqué que le genre n'est pas déterminant comme facteur pouvant réduire la stigmatisation due à la catégorisation.

Ces résultats seraient en harmonie avec l'idée de base de la catégorisation sociale proposée par Berjot et Delelis (2005), qui est une activité permettant principalement de réduire la complexité de ce qui nous entoure, d'identifier les objets environnants, d'y mettre de l'ordre et d'établir des relations entre les classes d'éléments. Dans cette étude, l'interprétation de ces résultats va se faire à l'aide de deux faits. Sur le plan purement statistique, la moyenne du sentiment d'appartenance sociale des personnes ayant dit Oui, autrement dit, que les classifications facilitaient l'acceptation sociale ont un sentiment d'appartenance sociale significativement plus faible que ceux qui ont dit non. Ce résultat va dans le même sens que l'essentiel des résultats issus de l'item C03 : « *Quelle est l'importance de ces classifications du handicap par les organismes internationaux selon vous ?* ». À cette question, la quasi-totalité des personnes ont trouvé important, utile voir indispensable ces classifications. Dans ce sens, l'on se serait attendu à ce que le sentiment d'appartenance de ces derniers soit élevé. Mais que non ! Alors comment comprendre ce fait ? Premièrement, nous notons que l'outil de collecte de données standardisé qu'est l'échelle de sentiment d'appartenance est efficace pour apprécier l'attitude réelle d'un sujet

que de lui poser une simple question à réponse libre. Deuxièmement, rappelons qu'en dehors de l'effet simplificateur et adaptatif, la catégorisation sociale a des effets négatifs en ce sens que l'application de ses caractéristiques crée des stéréotypes, des préjugés et la discrimination. Ce qui crée chez ces personnes déficientes physiques des attitudes d'évitement ou d'autodéfaite (Gronier, 2007). Ce contraste entre le dire et les résultats de l'échelle, nous amène plus, à penser à une attitude d'évitement, de peur et de frustration quant à la description réelle de ce que l'on ressent. L'échelle n'étant pas très explicite, elle permet de contourner cette difficulté.

Par ailleurs, les résultats indiquent que les amputés ont un sentiment d'appartenance sociale plus élevé que les aveugles/malvoyants et les paraplégiques. Toujours à la lumière des travaux sur la catégorisation sociale, comment comprendre de tel résultat ? La représentation sociale rentre en jeu ici avec ses deux processus que sont l'ancrage et l'objectivation avec leurs points communs : l'assimilation et le contraste. En effet, dans un processus évolutif, les personnes en situation de handicap se construisent l'idée selon laquelle, elles représentent une catégorie spécifique, différents des autres dits « normaux ». Mais pas seulement, car même au sein de la catégorie des déficients moteurs, les différences vont s'accroître entre les sous-catégories : amputé, paraplégique, tétraplégique, etc. Ce n'est que dans ce jeu de comparaison à la fois intergroupe et intragroupe que l'on peut lire le fait que le sentiment d'appartenance sociale des amputés qui peuvent tout au moins se mouvoir dans la société mieux que d'autres personnes déficientes physiques soit plus élevé. D'ailleurs, dans cette étude, nous n'avons eu des amputés de membres inférieures et des membres supérieures qui avaient réussi à développer des stratégies qui leur permettaient d'être assez autonome. Cette comparaison endogroupe favorise la construction d'une identité sociale. Cette dernière est aussi sous l'influence des attentes sociales en vers soi.

Dans notre échantillon, tous les membres du groupe à l'exception de deux individus, reconnaissent et affirment que la société a des attentes en vers eux. Ceci devrait renforcer positivement leur identité, rehausser la qualité de leur relation avec la société et donc conduire à un meilleur sentiment d'appartenance sociale. Seulement, ce n'est pas vraiment le cas. Bien que la moyenne générale du sentiment d'appartenance du groupe soit supérieure à 3,5 (celle de l'échelle), elle reste tout de même faible (4,7037). Si ce résultat peut se comprendre par le fait que la mobilité individuelle soit faible. Car il est quasiment impossible de sortir de la catégorie des handicapés une fois qu'on y est entré. On observe

ainsi une forme de créativité négative qui consiste à fuir la compétitivité en trouvant en l'autre un danger à éviter à tout prix et à tous les prix : c'est l'auto-exclusion.

Les résultats de cette recherche montrent enfin que, le nombre de participation aux travaux sur sa déficience, ne module en rien le sentiment d'appartenance. Ces résultats, vont dans le sens contraire que ceux des travaux de Marcian (2016). Dans son étude, elle avait émis l'hypothèse selon laquelle la participation à un tournoi de futsal va permettre d'augmenter le sentiment d'appartenance des élèves ayant participé. Elle aboutit à la conclusion selon laquelle : « *le fait d'avoir participé au tournoi permet de modérer fortement la décroissance du sentiment d'appartenance sociale des élèves vis-à-vis de leurs pairs* ».

Enfin, la recherche de la réciprocité (Korff-sausse, 2005) nous permet aussi de rendre compte de ces résultats. Le déficient pense qu'en acceptant l'autre, il sera aussi accepté. L'acceptation de la différence, permet qu'on soit, soi-même accepté.

Cette section sur la discussion des résultats issus de l'analyse de la première hypothèse de recherche a permis de mettre en exergue la délicatesse des classifications dans le champ du handicap. Chez la personne déficiente physique, plusieurs facteurs influent sur la construction d'une identité positive. La capacité d'aller et de revenir en joue un rôle majeur. Le sexe par contre n'est pas important.

### **5.2.2. Le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap produit de la stigmatisation de la personne handicapée**

Les résultats obtenus dans le cadre de la vérification de cette hypothèse vont dans le sens de nos prédictions. Autrement dit, le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap auprès de personnes déficientes physiques produit de la stigmatisation chez ces dernières.

En effet, l'analyse du Chi-deux d'indépendance de relation entre les deux variables, nous oblige à rejeter l'hypothèse nulle et d'accepter l'hypothèse alternative ( $\chi^2 = 10,813$  P = 0,029). De manière plus concrète, les travaux de recherches scientifiques sur le handicap auprès des personnes déficientes physiques créent de la stigmatisation chez ces derniers. Il semble tout de même intéressant de les analyser en s'arrêtant pour prendre appui sur quelques autres résultats découlant de cette étude. Ces résultats montrent que les

participants qui sont les plus sollicités n'ont un sentiment d'appartenance sociale plus faible que ceux les moins sollicités. C'est également le cas quand on s'intéresse au sentiment d'acceptation sociale que du sentiment d'intimité sociale. Ces résultats s'opposent à une conception de la saillance : la saillance cognitive. Selon elle, la saillance fait appel à certains facteurs cognitifs tels que la mémoire (ou la familiarité) et l'attention. La familiarité donc, devrait dans ce cas impacté négativement sur le sentiment d'appartenance sociale de la personne déficiente physique. Pourtant, ce n'est pas le cas. Ces résultats ne peuvent donc se comprendre ici que sous le prisme de la subjectivité de la saillance.

Les résultats de notre étude donnent un autre résultat contraire à la conception théorique de la saillance. Notre travail indique que le niveau académique n'a pas d'effet sur la saillance cognitive. Or, les travaux de Landragin montrent que l'éducation est un facteur déterminant pour la saillance informationnelle. Cette réalité de notre étude peut se comprendre par la fait que nos participants étaient des pensionnaires des structures d'accueil spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Dans ses structures, les discours seraient et sont dans le sens de faire accepter par le sujet sa condition et à faire abstraction de toute idée contraire qui viserait à lui démonter son incapacité. Aussi, l'on peut comprendre ces résultats en examinant l'intention communicative des participants pendant l'interaction. Si ceux-ci acceptent de communiquer avec vous dans toute objectivité sans vouloir vous faire plaisir, ils ne focaliseront pas l'attention sur la déficience. Cette explication reste insuffisante car si l'attention du sujet sur une certaine entité a pu réduire la saillance de sa déficience physique, comment comprendre que la saillance de sa déficience n'y a pas pu entraîner l'attention du sujet sur celle-ci ?

Une autre conclusion majeure à laquelle nous arrivons dans notre étude est que les amputés ont un sentiment d'appartenance sociale plus élevé que les aveugles/malvoyants et les paraplégiques. Ces résultats paraissent vraisemblables pour le cas des paraplégiques, mais ne le devrait pas pourtant pour le cas aveugles/malvoyants. Car, si la première définition de ce qui est saillant est ce qui arrive en premier à l'esprit, ce qui capte l'attention, ce qui est naturel, simple, clair ; il paraît que les amputés sautent à l'œil plus rapidement qu'un malvoyant. Seulement, en écoutant les participants, ces résultats ont tous leur sens et leur pertinence. Un de nos participants, paraplégique, nous disait : « *je suis sur une chaise roulante incapable de vaquer librement à mes occupations, alors que les*

*personnes amputées ou les aveugles peuvent faire ce qu'ils veulent comme ils le souhaitent* ». Un autre, amputé, nous disait aussi : « *quand je regarde dans ma classe, je vois les aveugles, les malvoyants, les autistes, les paraplégiques ; et je vois ce que je peux faire, je pense que je suis mieux que beaucoup. Et mêmes que certaines personnes “ normale ”* ». Bref, le caractère naturel (acquis), la visibilité (directement visible), l'intégrité (valide ou handicapé), l'écart à la norme (hors-norme) peuvent rendre compte de cette différence.

Les résultats de notre étude ont par ailleurs indiqué que le genre n'est pas déterminant comme facteur déterminant de la saillance. Or ce devrait être le cas, car le sexe est selon les travaux de Louvet et Rohmer (2006, p.216) un des attributs catégoriels qui ont une forte saillance. Ainsi, les femmes déficientes devraient avoir un sentiment d'appartenance plus faible que celui des hommes. L'on peut aussi comprendre ces résultats sous le prisme d'un environnement scolaire et institutionnel qui soit peu stigmatisant. Nous avons rappelé que nos participants étaient recrutés dans deux institutions spécialisées dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Cette situation s'explique aussi par la révélation du stigmate du handicap à la personne déficiente qui va voir son identité menacée (Gronier, 2007). Ensuite, les efforts fournis pour y faire face, va révéler ce signe à la communauté en le rendant davantage saillant (Landragin, 2007). Le handicap viendrait donc de la stigmatisation de la personne déficiente due au fait que le stigmate soit rendu saillant à la fois pour le sujet et la société.

Notre deuxième hypothèse est ainsi discutée à la lumière des théories et travaux antérieurs. Beaucoup de variances par rapport aux écrits sur la saillance sont enfreints ici, preuve que le champ d'action du handicap réserve encore beaucoup de surprises au monde de la science.

Cette section nous a permis de discuter nos deux hypothèses à la lumière des théories qui sous-tendent notre étude et les recherches antérieures. Il ressort ainsi que nos deux hypothèses qui ont été validées, l'ont été dans la droite de nos théories. La première hypothèse sous-tendait l'idée selon laquelle l'analyse du processus de construction de la catégorisation fait apparaître un certain nombre de points communs avec l'assimilation et le contraste qui font agir en la personne déficiente physique pour l'amener à certains moments à faire des exagérations soit sur son différence par rapport aux personnes dites normales et parfois entre les sous-groupes de personnes déficientes physique. Dans le cas

où, les comparaisons lui sont défavorables, il va s'autoexclure ou avoir un sentiment d'appartenance faible. La deuxième hypothèse était fondée sur la théorie de la saillance informative. Elle supposait que les entretiens cliniques auprès des personnes déficientes physiques, contribueraient à rendre saillant leur déficience et donc, les handicapés en réduisant leur sentiment d'appartenance sociale. Comme prévue, cette hypothèse a été validée dans le sens de cette théorie. Ceci invite à la nécessité d'attirer l'attention du monde de la recherche que celle de la pratique pédagogique sur le bienfondé de cette recherche.

### **5.3. Implications professionnelles**

Au terme de cette étude, il est nécessaire de dégager les implications théoriques et pédagogiques pour meilleure prise en charge des personnes déficientes en général et les personnes déficientes physiques en particulier.

#### **5.3.1. Implications théoriques**

La théorie de la catégorisation et celle de la saillance informative ont sous-tendues la formulation des hypothèses et leur discussion. Si la première nous indique que la catégorisation permet de simplifier notre environnement et dont de faciliter notre intégration dans la société, cette étude montre que dans le domaine de l'éducation inclusive et/ou spécialisée, la catégorisation sociale a un effet pervers. Il reste donc à voir dans quelle approche, les catégories pourront être formées chez les personnes déficientes afin de mieux les aider dans le processus de socialisation.

Quant à la théorie de la saillance informative, elle a permis de mettre en exergue la subtilité avec laquelle le processus d'observation dans la recherche scientifique produit la stigmatisation chez la personne déficiente physique. Aussi, plusieurs de résultats ont été remis en question par ce travail. C'est le cas par exemple de sexe féminin qui n'a pas été saillant par rapport au sexe masculin, pourtant cela devrait être le cas. Les questions de saillance chez les personnes déficientes physiques invite ainsi à revoir les conclusions auxquelles les études antérieures ont abouti.

#### **5.3.2. Implications méthodologiques**

Nous avons procédé par une approche corrélationnelle descriptive dans cette étude. Avec cette méthodologie quantitative, nous avons certains résultats qui peuvent être remis

en cause par les tenants de la méthodologie qualitative. Aussi, cette recherche a permis de montrer que les entretiens ou observations indirectes auprès des personnes déficientes physiques revêtent un caractère boomerang. Elle pose ainsi l'exigence d'une nouvelle base de recherche sur les questions de handicap auprès des personnes déficientes.

### **5.3.3. Implications pédagogiques**

Sur le plan professionnel, la nouvelle politique éducative qui est celle de l'inclusion interpelle davantage l'enseignant à plus de responsabilité dans ses pratiques pédagogiques. Tout doit partir de l'identification des besoins de chaque apprenant. Pour cela, il faut déjà améliorer le contexte de formation et de travail des éducateurs. Les résultats de cette étude suggèrent que l'enseignant doit s'armer d'un vocabulaire plus riche et diversifier afin de ne pas utiliser les expressions qui au lieu de réduire la stigmatisation de la personne déficiente l'augmentent plutôt. Il doit regrouper de moins en moins ces apprenants en catégories mutuellement exclusives. Les entretiens approfondis sur la déficience d'un apprenant doivent de plus en plus être de l'initiative de ce dernier que de quiconque. Car, ceci est susceptible de créer de la stigmatisation chez la personne déficiente physique. Bref, tout acte de l'enseignant au profit de l'apprenant déficient doit prendre toutes les mesures de prudence et de délicatesse.

Nous avons eu quelques implications à la sortie de cette étude auprès des différents acteurs sociaux. Ces implications se recrutent dans les approches théoriques, méthodologiques et de la pratique réflexive.

Au terme de ce chapitre cinquième consacré à la discussion des résultats, il ressort que la validation des hypothèses s'est faite dans le sens que prédisaient les théories. Leurs discussions ont permis de se rendre compte que pour un sujet aussi délicat que de vouloir montrer que la recherche scientifique telle qu'elle est réalisée contribue à la production du handicap ; qu'il serait mieux de se servir des outils standardisés au lieu de procéder par des entretiens libres. La discussion a aussi permis de se rendre compte que tous les facteurs secondaires ne font pas dans le sens des recherches antérieures. C'est le cas par exemple du genre féminin qui bien que perçu comme une catégorie naturelle n'a pas été saillant que le genre masculin. Il en est de même pour le niveau académique. D'autres tout de même, corroborent les résultats des travaux antérieurs. Ce chapitre se termine par l'extraction de quelques implications au profit des lecteurs de cette recherche.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

L'étude que nous avons réalisée rend compte du rôle que joue la recherche scientifique sur la production de la stigmatisation chez la personne déficiente physique. En effet, des auteurs (Matalon, 1976 ; Schneider, 2005), indiquent que la raison d'être fondamentale de ce processus de recherche est d'apporter les bases théoriques à la compréhension du handicap et des principes normatifs sur lesquels appuyer une pratique professionnelle de soutien au soutien de la personne en situation de handicap. A côté de cette conception qui semble plutôt trouver dans le processus de recherche un moyen de faire face aux problèmes des personnes en situation de handicap, nous opposons une conception contraire. Nous nous sommes ainsi posé la question de recherche principale suivante : « *Quelles correspondances établir entre la stigmatisation de la personne handicapée physique et la recherche scientifique ?* » Cette question a été traduite en hypothèse générale suivante : « *Les recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation chez la personne handicapée* ».

S'appuyant sur les conceptions théoriques de la catégorisation sociale et de la saillance informative, nous avons formulé deux hypothèses de recherche. Par ailleurs, cette étude a été menée auprès de 27 sujets sélectionnés de manière volontaire. Enfin, grâce au test Chi-deux le facteur principal a été analysé. Nous sommes parvenus aux résultats suivants. Les classifications du handicap influent sur la stigmatisation de la personne déficiente physique ( $\chi^2=16,875$  P= 0,031). Il s'agit de la première hypothèse de recherche. La deuxième hypothèse également a été acceptée. Elle stipule que le processus d'observation dans la recherche scientifique produit de la stigmatisation pour la personne déficiente physique (Note.  $\chi^2= 10,813$  P= 0,029).

Les résultats de ces travaux montrent d'une part que les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap auprès des personnes déficientes créent de la stigmatisation chez ces dernières. Les amputés ayant un sentiment d'appartenance sociale plus élevé que les aveugles/malvoyants et les paraplégiques. D'autre part, le processus d'observation dans les travaux de recherches scientifiques sur le handicap auprès des personnes déficientes physiques créent de la stigmatisation chez ces dernières.

Bien que les obstacles aient été nombreux, les résultats sont fort prometteurs et seraient plus intéressants si l'on prenait une population plus large que celle que la nôtre.

Aussi, intégrer les personnes déficientes qui ne soient pas accompagnées par une institution spécialisée serait sans doute riche en enseignements.

## RÉFÉRENCES

- Abric, J.-C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales : Système central et système périphérique. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 73-84). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Anceaux, F., & Sockeel, P. (2006). Mise en place d'une méthodologie expérimentale : hypothèses et variables. *Recherche en soins infirmiers*, 84 (1), 66-83.
- Berjot, S., & Delelis, G. (2005). *Psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Bonnéry, S. (2007). *Comprendre l'échec scolaire : Élevés en difficultés et dispositifs pédagogiques*. Paris, France : La Dispute.
- Chaieb Achour, A. (2012). L'impact du sentiment d'appartenance sur l'achat du produit partage et du produit national. *Recherches en Sciences de Gestion*, 91(4), 59-81.
- Chanrion, A. (2006). La notion de handicap et les représentations que l'on en a... Une Souris Verte... pour la Courte Echelle. Document de travail non publié.
- Delcey, M. (2002). Notion de situation de handicap (moteur) : les classifications internationales des handicaps. In APF (Ed.), *Déficiences motrices et situations de handicaps*. (pp. 1-17). APF.
- Demoulin, S., Leyens, J. P., & Yzerbyt, V. (2006). Lay theories of essentialism. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(1), 25-42.
- Dericquebourg, R. (1989). Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. *Etudes inter-ethniques*, Université de Lille 3, 65-74.
- Finez, L., Berjot, S., & Rosnet, É. (2011). Déterminants, motifs et cibles des stratégies d'auto-handicap comportemental. *Revue internationale de psychologie sociale*, 3(24), 5-42.
- Fisher, G.-N. (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: DUNOD.
- Fiske, S. T., & Neuberg, S. L. (1990). A continuum of impression formation from category based to individuating processes: Influences of information and motivation on

- attention and interpretation. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1-74). New-York : Academic Press.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*. Paris : Armand Colin.
- Gronier, G. (Sept, 2007). Catégorisation et stéréotypes en psychologie sociale.
- Higgins, E.T. (1996). Knowledge activation: Accessibility, applicability, and salience. In E.T. Higgins & A.W. Kruglanski (Eds.), *Social Psychology: Handbook of basic principles* (pp.133-168). New-York: Guilford Press.
- Jordan, A., & Stanovich, P. J. (2001). Patterns of Teacher-Student Interaction in Inclusive classrooms and Correlates with Student Self-Concept. *International journal of disability development and education*. 1, 33-52.
- Kerr, D. (2006). Mal nommer c'est discriminer : une comparaison entre la France et la Grande-Bretagne. *VST-Vie sociale et traitements*, 92(4), 71-81.
- Korff-Sausse, S. (2005). La notion de responsabilité dans le domaine du handicap. Autonomie, réciprocité et sexualité. *Reliance*, 4(18), 49-54.
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(5),183-199.
- Landragin, F. (2005). *Traitement automatique de la saillance*. Thales Research & Technology.
- Landragin, F. (2007). Saillance physique et saillance cognitive. *Corela-cogniton, représentation, langage, cerlico-cercle linguistique du centre et de l'ouest (France)*, 2(2), 1-28.
- Lavoie, G., Thomazet, S., Feuilladiou, S., Pelgrims, G., & Ebersold, S. (2013). Construction sociale de la désignation des élèves à « besoins éducatifs particuliers » : incidences sur leur scolarisation et sur la formation des enseignants. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 7, 93–101
- Lespinet-Najib, V., & Belio, C. (2013). Classification des handicaps : enjeux et controverses. *Hermès, La Revue*, 2(66), 104-110.

- Louvet, E., & Rohmer, O. (2006). Le handicap physique : une catégorie de base ? *Revue internationale de psychologie sociale*, 19(3), 215-234.
- Ministère des affaires sociales (2018). Déclaration de Pauline Irène Nguéné, ministre des affaires sociales du Cameroun, au sommet mondial sur le handicap tenu à Londres, le 24 juillet 2018.
- Ministère des affaires sociales (2018). *Handicap et vieillissement au Cameroun : défis et perspectives*. Rapport du Cameroun au sommet mondial sur le handicap tenu à Londres en Grande Bretagne en juillet 2018.
- Moscovici, S. (1961, 2004). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Mottez, B. (1977). A s'obstiner contre les déficiences, on augmente souvent le handicap : l'exemple des sourds. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 20–32.
- Myers, A., & Hansen, C. H. (1997). *Experimental psychology* (4<sup>e</sup>ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Noumbissie, C. D. (2010). *Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action. Étude de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun)*. (Thèse de Doctorat) Université Lumière-Lyon 2 et Université de Yaoundé I.
- Organisation Mondiale de la Santé - OMS. (2009). *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : il est temps d'agir* (Rapport), Genève. [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2009](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009).
- Organisation Mondiale de la Santé - OMS. (2018). *Rapport annuel Cameroun*.
- Organisation Mondiale de la Santé OMS. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève.
- Ouellet, S., & Caya, I. (2013). La pédagogie créative au service des élèves polyhandicapés : résultats d'une recherche-action. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 24, 5–11.

- Pelgrims, G. (2001). Comparaison des processus d'enseignement et conditions d'apprentissage en classes ordinaire et spécialisée : des prévisions aux contraintes. *Revue Française de Pédagogie*, 134, 147-165.
- Pfister, G. (2002). Personnes polyhandicapées : pour une approche palliative de la douleur. *Médecine & Hygiène* 17(3), 100-102.
- Piché, G., & Hubert, J. (2007). La construction sociale du handicap : regard sur la situation des jeunes sourds. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 94-107. <http://id.erudit.org/revue/nps/2007/v20/n1/016979ar.pdf>
- Prado, C. (2014). Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité. Avis du Conseil économique, social et environnemental pour la section des affaires sociales et de la santé de France.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. 2<sup>e</sup> édition. Paris : Dunod
- Ravaud, J.-F. (2001). Vers un modèle social du handicap. In R. Riedmatten, (dir), *Une Nouvelle Approche de la différence : comment repenser le handicap*, (pp. 55-68). Genève, Éditions Médecine et Hygiène.
- Richer, S., & Vallerand, R. (1998). Construction et validation de l'échelle du sentiment d'appartenance sociale. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 48, 129-137.
- Rosa E., Tafani, E., Michel, G., & Abric, J.-C. (2011). Rôle du processus de catégorisation dans le fonctionnement des représentations sociales : une application dans le champ du marketing. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 91(3), 253-281.
- Rothbart, M., & Taylor, M. (1992). Category labels and social reality: do we view social categories as natural kinds? In G. R. Semin & H. Fielder (Eds.), *Language, intention and social cognition* (pp. 11-36). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Salès-Wuillemin, E. (2007). Catégorisation et représentations sociales, in : M., Bromberg & A. Trognon (Eds.) *Cours de psychologie sociale 2*, (pp. 7-32). Paris : Presses Universitaires de France.

- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Actes du colloque recherche qualitative : les questions de l'heure organisé par l'Association pour la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, Hors-Série, 5, 99-111.
- Secrétariat d'Etat à la Défense- SED. (2009). *Statistiques annuelles des accidents de la circulation*. Document manuscrit, inédit.
- Snyder, C. R., & Smith, T. W. (1982). Symptoms as self-handicapping strategies: The virtues of old wine in a new bottle. In G. Weary (Ed.), *Integrations of Clinical and Social Psychology* (pp. 104–127). New York : Oxford University Press.
- Soh, G. (2018). *Styles d'apprentissage et performances académiques des apprenants de niveau Licence de Psychologie en Mathématiques et Statistique*. Mémoire de Master en Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I.
- St-Amand, J. (2015). *Le sentiment d'appartenance à l'école : un regard conceptuel, psychométrique et théorique*. Thèse de Doctorat présentée à la Faculté des sciences de l'éducation option psychopédagogie de l'Université de Montréal, Canada.
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale* (pp. 272-302). Paris : Larousse.
- Vienne, P. (2004). Au-delà du stigmaté : la stigmatisation comme outil conceptuel critique des interactions et des jugements scolaires. *Éducation et Sociétés*, 13(1), 177-192.

## **ANNEXES**



**B031.** Origine (cause) /\_\_\_/

**B032.** Les implications pour soi /\_\_\_/

**B033.** Le regard des autres en vers soi /\_\_\_/

**B034.** Le vécu de la situation par la famille /\_\_\_/

**B035.** Comment je fais pour m'en sortir dans mes activités /\_\_\_/

**B036.** Mes nouvelles ambitions /\_\_\_/

**B037.** L'invitation à rejoindre une association de personnes ayant mon « handicap » /\_\_\_/

**B038.** Autres (à préciser)

.....  
...

**B04.** Voici une liste d'énoncés portant sur ce que vous ressentez vis-à-vis de votre entourage social quand vous participez à une telle étude qui porte sur votre « handicap ». Veuillez indiquer votre degré d'accord avec chacun de ces énoncés.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

Chaque fois que je participe à une telle étude poussée sur mon « handicap », je me sens ...

- |                               |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ... appuyé-e.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. ... près d'eux.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. ... compris-e.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. ... attaché-e à eux.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. ... écouté-e.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. ... lié-e à eux.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. ... estimé-e.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. ... uni-e à eux.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. ... en confiance avec eux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |



**C07.** Le fait que je sois appelé(e) handicapé(e), me pousse plus vers les personnes comme moi que les autres    **1. Oui**                    **2. Non**        /\_\_\_/

Pourquoi ? .....  
.....  
.....  
.....

**C08.** Penses-tu que la société a des attentes en vers toi ?    **1. Oui**                    **2. Non**  
/\_\_\_/

Pourquoi ?.....  
.....  
.....

**C09.** Les personnes non handicapées sont plus proches de moi que les personnes handicapées    **1. Oui**                    **2. Non**                    /\_\_\_/

Nous vous remercions une fois de plus de votre participation.

Gustave Soh.

Annexe 2 : Attestation de recherche

REPUBLIQUE DE CAMBODGE ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា		ROYAUME DU CAMBODGE ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
UNIVERSITE DE YAKHOMÉ I ស្ថាប័នសិក្សាស្រាវជ្រាវ		THE UNIVERSITY OF YAKHOMÉ I INSTITUT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
MINISTÈRE DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION SECTION : Sciences de l'Éducation		DEPARTMENT OF SCIENCES OF EDUCATION SECTION : Science of Education

**ATTESTATION DE RECHERCHE**

Je soussigné, Pr MIEUX BELINGA BENSALA Chef de Département des  
Sciences de l'Éducation, certifie que l'étudiant (s) nommé (e) :  
SDH GUSTAVE  
avec pour matricule ME196.....

Est inscrit (e) au niveau V du Département des Sciences de l'Éducation,  
Étude Sciences de l'Éducation de l'École Normale Supérieure de Yakhomé et  
peuvent actuellement un travail de recherche dans le thème pour sur :  
Stigmatisation de la personne handicapée  
et la recherche participative.....

Sous la direction de : Dr. SADIJA JUDEA.....

Ce travail de recherche s'adresse à l'admission à certaines institutions ou à certains  
services en vue de la collecte des données nécessaires à sa finalisation.

En tel de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir  
en que de droit.

Fait à Yakhomé, 19/11/2015

Le Chef de Département  
  
Pr MIEUX BELINGA BENSALA



# TABLE DE MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>EPIGRAPHE</b> .....	<b>ii</b>
<b>DÉDICACE</b> .....	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>vi</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>Introduction générale</b> .....	<b>2</b>
<b>Chapitre 1 : Problématique de l'étude</b> .....	<b>2</b>
1.1. Contexte et justification de l'étude .....	2
1.1.1. Contexte empirique .....	2
1.1.1.1. La situation du handicap dans le monde.....	2
1.1.1.2. Les causes du handicap au Cameroun .....	4
1.1.1.3. Les conséquences du handicap .....	6
1.1.1.4. Les mesures pour faire face au handicap.....	8
1.1.1.5. Actions en faveur de la prévention des déficiences.....	11
1.1.2. Contexte théorique ou littérature sur le handicap .....	12
1.2. Formulation du problème.....	13
1.3. Question de recherche.....	13
1.3.1. Question principale .....	13
1.3.2. Questions secondaires .....	14
1.4. Hypothèse générale.....	14
1.5. Objectifs de l'étude .....	14
1.5.1. Objectif général .....	14
1.5.2. Objectifs spécifiques .....	14
1.6. Intérêt de l'étude .....	15
1.6.1. Intérêt théorique .....	15
1.6.2. Intérêt méthodologique .....	15
1.6.3. Intérêt éthique.....	15
1.6.4. Intérêt pédagogique .....	16
1.6.5. Intérêt social .....	16
1.7. Délimitation de l'étude .....	16

<b>Chapitre 2 : Insertion théorique de l'étude.....</b>	<b>18</b>
2.1. De la définition des notions clés du travail handicap .....	18
2.1.1. De la notion de handicap et de la situation de handicap .....	18
2.1.2. Stigmate et stigmatisation .....	20
2.1.3. La recherche scientifique .....	21
2.2. La recherche scientifique portant sur le handicap : l'observation et les classifications	23
2.2.1. Le processus de collecte des données : l'observation .....	24
2.2.1.1. Observer quoi ? La définition des données pertinentes.....	24
2.2.1.2. Observer sur qui ? Le champ d'analyse et la sélection des unités d'observation .....	25
2.2.1.3. Observer comment ? Les instruments d'observation et de collecte des données .....	28
2.2.2. Les classifications du handicap .....	31
2.2. Théories explicatives du sujet.....	34
2.2.1. La catégorisation sociale .....	34
2.2.1.1. Les modèles de la catégorisation .....	35
2.2.1.2. La catégorisation et la représentation sociale .....	35
2.2.1.3. La théorie de l'identité sociale.....	36
2.2.2. Traitement automatique : la saillance physique et la saillance cognitive .....	39
2.3. La production sociale du handicap .....	43
2.3.1. Développement et manifestation du handicap .....	43
2.3.2. Mal nommer c'est discriminer .....	44
<b>Chapitre 3 : Méthodologie .....</b>	<b>46</b>
3.1. Rappel de l'hypothèse.....	46
3.1.1. Hypothèse générale .....	46
3.1.2. Description de l'hypothèse générale .....	46
3.2. Type de recherche et site de l'étude.....	49
3.2.1. Type de recherche .....	49
3.2.2. Site de l'étude.....	49
3.2.2.1. Le PROMHANDICAM-Association .....	50
3.2.2.2. Le CNRPH de Yaoundé .....	51
3.3. Population .....	52
3.4. Echantillon et méthode d'échantillonnage.....	52
3.5. Description de l'instrument de collecte des données.....	53
3.5.1. Partie relative aux informations sociodémographiques .....	54

3.5.2. Partie relative aux antécédents quant à la participation aux enquêtes portant sur le handicap .....	54
3.5.3. Partie relevant le lien entre les classifications du handicap et la stigmatisation .....	55
3.6. Validation de l'instrument .....	55
3.7. Procédure de collecte des données.....	57
3.7.1. De la collecte des données .....	57
3.7.2. Les techniques d'analyse des résultats .....	57
3.8. Difficultés rencontrées .....	58
<b>Chapitre 4 : Présentation et analyse des résultats .....</b>	<b>59</b>
4.1. Analyse des facteurs secondaires.....	59
4.1.1. Sexe et sentiment d'appartenance sociale .....	59
4.1.2. Structure d'accueil et sentiment d'appartenance sociale.....	60
4.1.3. Niveau académique et sentiment d'appartenance sociale .....	60
4.1.4. Déficience et sentiment d'appartenance sociale.....	61
4.1.5. Nombre de participation aux enquêtes sur sa déficience et sentiment d'appartenance sociale .....	62
4.1.7. Importance des classifications dans la facilitation de la socialisation et sentiment d'appartenance sociale .....	63
4.1.8. Distance sociale de l'autre à moi et sentiment d'appartenance .....	65
4.1.9. Perception sociale de l'appellation Handicapée et sentiment d'appartenance.....	66
4.1.10. Attente de la société vis à vis de la personne handicapée et sentiment d'appartenance .....	67
4.2. Analyse du facteur principal .....	69
4.2.1. Analyse du lien existant entre les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap et la stigmatisation de la personne handicapée .	69
4.2.2. Analyse du lien entre le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap et la stigmatisation de la personne handicapée .....	70
<b>Chapitre 5 : Interprétation des résultats et implications professionnelles.....</b>	<b>73</b>
5.1. Le sentiment d'appartenance sociale .....	73
5.2. Discussion des résultats .....	74
5.2.1. Les classifications de handicap issues des travaux de recherches scientifiques sur le handicap produisent de la stigmatisation de la personne handicapée .....	74
5.2.2. Le processus d'observation dans les recherches scientifiques sur le handicap produit de la stigmatisation de la personne handicapée .....	76
5.3. Implications professionnelles .....	79
5.3.1. Implications théoriques .....	79
5.3.2. Implications méthodologiques .....	79

5.3.3. Implications pédagogiques .....	80
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>81</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>88</b>
<b>TABLE DE MATIÈRES.....</b>	<b>95</b>