

Université Lumière Lyon 2

**Ecole doctorale : EPIC (Education, Psychologie, Information et
Communication)**

Institut de Psychologie

Laboratoire de recherche : Santé Individu et Société (S.I.S. EA 4129)

**La représentation des situations de
handicaps au Congo-Brazzaville : une
approche psychologique et socio-
culturelle**

par Jean Didier MBELE

Thèse de doctorat de psychologie

sous la direction de Serge PORTALIER

présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2008

Composition du jury :

Mohamed LAHLOU, professeur à l'université Lumière Lyon 2

Serge PORTALIER, professeur à l'université Lumière Lyon 2

Abel KOUVOUAMA, professeur à l'université de Pau et des Pays de l'Adour

Michel WAWRZYNIAK, professeur à l'université de Picardie Amiens

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité - pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, le distribuer et le communiquer au public à condition de mentionner le nom de son auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ou l'utiliser à des fins commerciales.

Résumé de la thèse :

Les concepts de « représentation » et de « handicap » sont à la fois complexes et difficiles à circonscrire, car ils sont polysémiques et étudiés par plusieurs champs disciplinaires tels que : la philosophie, le droit, la biologie, l'économie, la sociologie, l'anthropologie et la psychologie.

Evoquer le problème du handicap et de sa représentation sociale, c'est poser d'emblée la question du regard porté sur la déficience et surtout sur la personne porteuse de cette déficience. Le concept de représentation en rapport avec les handicaps est abordé ici, suivant deux approches : psycho-cognitive et psychosociale.

Cette recherche porte donc sur les représentations du handicap, élaborées par différents entourages des personnes handicapées (parents, amis et professionnels) et par des personnes non directement concernées par le handicap, ni impliquées dans des interactions directes avec les personnes handicapées. Cette distinction binaire ne fait pas oublier la place centrale qu'occupe la personne handicapée elle-même dans le processus d'analyse.

Il s'agit de mettre à jour la place spécifique que fait la société congolaise à la personne handicapée, en référence au handicap physique, à la déficience sensorielle ou mentale, tout en prenant en compte la situation de son insertion professionnelle et les considérations socio-culturelles traditionnelles qui ont toujours caractérisées cette société.

Les données de cette étude ont été récoltées au Congo-Brazzaville, suite aux observations et enquêtes, par questionnaires et par entretiens, menées à Brazzaville.

Trois hypothèses de travail sont formulées : la première postule une différence des modes de représentations des handicapés entre les acteurs en contact permanent avec les personnes handicapées et les acteurs sans interactions directes avec les mêmes personnes. La deuxième suppose qu'il existe une forte influence des variables « profession » et « niveau d'études » sur les modalités des représentations des handicaps. La troisième préconise l'idée d'une modification de la perception sociale du phénomène de handicap, sous l'influence des changements économiques, sociaux, politiques et culturels.

L'analyse des données par la technique d'analyse de variance, infirme la première et la troisième hypothèse. Par contre, la même technique d'analyse conforte la deuxième hypothèse, confirmant ainsi, l'influence très significative des variables « profession » et « niveau d'études » au détriment des critères « âge » et « sexe » moins influents.

La question de l'identité de la personne handicapée reste centrale, si l'on considère que le vécu des personnes handicapées est déterminé par les représentations du handicap au sein de la société.

Au Congo, il n'y a pas une représentation du handicap, il existe des représentations qui varient en fonction des types de handicaps, de l'expérience des acteurs sociaux, des relations ou non avec les personnes en situations de handicaps. Le handicap physique ou moteur occupe une position centrale par rapport aux autres types de handicaps. Le handicap physique est donc l'élément le plus symbolique et le plus handicapant de la condition handicapée. Cette centralité du handicap physique s'explique par le taux élevé des handicapés moteurs à Brazzaville, où les deux tiers des handicapés le sont au niveau des membres inférieurs.

La réalité des relations avec les personnes handicapées ne constitue pas le référent unique dans les élaborations subjectives des représentations des personnes concernées par le handicap ; celles-ci étant soumises à d'autres facteurs d'ordre personnel, social et culturel.

Enfin, on note une survalorisation des attitudes et des capacités des personnes handicapées par elles-mêmes qui s'expliquerait par un fort sentiment d'estime de soi, ou par une bonne connaissance de leurs propres capacités, marquée par un mécanisme de défense pour s'auto-affirmer.

En conclusion, un ensemble de propositions en vue d'aider et d'améliorer l'accompagnement des personnes handicapées est présentée avec détails sur les plans de : l'information, la formation, la législation, la santé, l'emploi, l'économie, la culture, le sport et les loisirs.

Les mots clés :

Représentation ; Handicap ; Congo-Brazzaville ; Déficience ; Psychologie Cognitive ; Santé ; Différenciateur sémantique ; Analyse de variance ; Représentations sociales ; Dimension socio-culturelle.

Remerciements

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail de longue haleine, quelle qu'en soit la manière, je leur exprime ma reconnaissance de façon sincère et profonde ; plus particulièrement à Monsieur le Professeur Serge PORTALIER pour sa sensibilité, sa patience, ses orientations et son aide au plan des démarches administratives. Qu'il trouve ici ma profonde gratitude.

Dédicaces

* **A la mémoire de ma mère, Angélique OFOUROU**, pour ses soins et ses souffrances ;

* **A la mémoire** de ma soeur cadette AMBE Sidonie, de ma cousine Jacqueline OKOMBA, de mon père et de tous mes grands-parents ;

* **A mes enfants** pour leur patience ;

* **A l'ensemble de mes parents** (oncles, frères, soeurs, cousins, neveux et tantes).

SOMMAIRE GENERAL

RESUME DE LA THESE :	2
LES MOTS CLES :	3
REMERCIEMENTS	4
DEDICACES	5
GLOSSAIRE	9
INTRODUCTION	12
PREMIERE PARTIE :	16
CONTEXTE DE L'ETUDE ET	16
DEVELOPPEMENTS THEORIQUES SUR LES REPRESENTATIONS ET LA SITUATION DES	16
PERSONNES HANDICAPEES	16
CHAPITRE I : PRÉSENTATION ET HISTORIQUE	17
DU CONGO-BRAZZAVILLE	17
<i>I.1. LE PAYS</i>	17
I.1.1. Situation et superficie	17
I.1.2. Climat	18
I.1.3. La flore et la faune	18
I.1.4. Relief	19
I.1.5. Historique	20
I.1.6. Economie.....	22
I.1.7. Agriculture et élevage	23
I.1.8. Infrastructures	24
<i>I.2. LES HOMMES</i>	26
I.2.1. Situation démographique	26
I.2.2. Des origines, des ethnies et des langues diverses.....	27
I.2.3. Une pluralité de religions de croyances et de traditions	29
I.2.3.1. Le culte des ancêtres et des génies.....	29
I.2.4. L'éducation traditionnelle	32
I.2.5. La tradition orale.....	33
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE	35
<i>II.1. LA REPRESENTATION</i>	35
II.1.1. Origine et importance :	35
II.1.2. Définitions :	37
II.1.3. La représentation et quelques concepts proches :	39
II.1.3.1. Qu'est-ce qu'un concept ?	39
II.1.3.2. Représentation et image	40
II.1.3.3. L'opinion	41
II.1.3.4. L'attitude, le stéréotype et la représentation	43
II.1.4. L'approche psychosociale des représentations	45
II.1.4.1. L'Objectivation	46
II.1.4.2. L'ancrage	46
II.1.5. L'approche psycho-cognitive des représentations.....	48
<i>II.2. LE HANDICAP</i>	51
II.2.1. Qu'est-ce que le handicap ?	51
II.2.2. Origines et évolution du mot "handicap"	52
II.2.3. Le « <i>Kikata</i> »	57
II.2.4. Les apports de l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour la lutte contre les situations de handicaps	57
<i>II.3. LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPES : CIH</i>	59
II.3.1. Points de vue sur la CIH.....	65
II.3.1.1. 1. Apports positifs de la CIH.....	65

II.3.1.2 - Les critiques à l'endroit de la CIH.....	67
II.3.1.2.1. Substitution de la CIH par la CIF	70
II.3.1.2.2. Le Modèle de la CIF :.....	73
II.3.1.2.3. Limites de la CIF.....	77
II.4. QUELQUES APPROCHES PSYCHOSOCIALES ET SOCIOPOLITIQUES DU HANDICAP ...	78
II.4.1. Le handicap comme un stigmate	79
II.4.2. Inadaptations, Exclusions et Handicaps.....	82
II.4.3. L'approche de l'identité de la personne handicapée	86
CHAPITRE III : SITUATION DE LA PERSONNE	88
HANDICAPÉE EN AFRIQUE	88
III.1. SITUATION EN AFRIQUE.....	88
III.1.1. Les maux et principaux problèmes.....	88
III.1.2. Apports des Institutions et des Associations africaines	89
III.1.3. La Décennie Africaine des Personnes Handicapées : 2000-2009.....	90
III.2. LES PERSONNES HANDICAPÉES EN RÉPUBLIQUE DU CONGO.....	93
III.2.1. Les statistiques	93
III.2.2. La personne handicapée au travers des institutions congolaises.....	95
III.2.3. Les Associations congolaises de personnes handicapées	98
III.2.3.1.1. L'Association des Handicapés Physiques du Congo (A.H.PHY.CO).....	98
III.2.3.2. L'Union Nationale des Associations des Personnes Handicapées du Congo (U.N.HA.CO.)	99
III.2.4. La personne handicapée en milieu rural	105
III.2.4.1. Insertion socioprofessionnelle de la personne handicapée	105
III.2.4.2. Changements et inégalités sociaux	106
III.2.5. Perception et réalité socioculturelle.....	107
III.2.5.1. Une perception ambivalente de la personne handicapée	108
III.3. QUELQUES TRAVAUX ANTÉRIEURS SUR LES REPRÉSENTATIONS DU HANDICAP ...	109
III.3.1. Les recherches en France	109
III.3.2. Les Recherches en milieu congolais.....	111
III.3.2.1. L'assimilation de la "déficience mentale" à la "maladie mentale"	111
III.3.2.2. Le handicap : une maladie anormale chez les Kongo.....	113
III.3.3. Le handicap à la base des problèmes psychologiques et sociaux	114
III.3.4. Une vision ethnopsychiatrique du handicap au Congo.....	115
CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	120
IV.1. LA PROBLÉMATIQUE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	120
IV.2. LE CORPS D'HYPOTHESES.....	124
DEUXIEME PARTIE :	127
LA METHODOLOGIE, LA POPULATION ET LES OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES ...	127
CHAPITRE V : LES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES.....	128
V.1. LES DIFFICULTÉS DANS LA COLLECTE DE DONNÉES.....	129
V.2. LA PRÉ-ENQUÊTE	131
V.2.1. Des observations	131
V.2.2. La recherche documentaire.....	133
V.2.3. Le test des questionnaires.....	134
V.2.4. Les apports de la pré-enquête	134
V.3. POPULATION ET ÉCHANTILLON.....	135
V.3.1. Population générale	135
V.3.2. Description de l'échantillon	137
V.3.2.1. Le sexe et les catégories socio-professionnelles.....	137
V.3.2.2. L'âge.....	138
V.3.2.3. Le niveau d'études des sujets.....	139
V.3.2.4. Les relations avec les handicapés.....	140
CHAPITRE VI : LES TECHNIQUES DE RECUEIL DES DONNÉES	142
VI. DES ENTRETIENS.....	143
VI.1.1. La situation de l'entretien	146
VI.1.2. Déroulement de l'entretien	148
VI.1.3. Le guide de l'entretien :	148
VI.2. DES QUESTIONNAIRES	150
VI.2.1. Présentation du différenciateur sémantique.....	152
VI.2.1.1. Restrictions apportées au modèle de l'impression sémantique.....	156
VI.2.2. Notre modèle du différenciateur sémantique	158
VI.2.3. Présentation du questionnaire complémentaire	161

TROISIEME PARTIE : LES ANALYSES ET LA PRESENTATION DES RESULTATS : LES REPRESENTATIONS SUR LES PERSONNES HANDICAPEES	171
CHAPITRE VII : LES TECHNIQUES DE TRAITEMENT DES DONNÉES	172
<i>VII.1. L'ANALYSE INFÉRENTIELLE</i>	<i>172</i>
<i>VII.2. L'ANALYSE DE CONTENU</i>	<i>173</i>
VII.2.1. Les types de handicaps évoqués	175
VII.2.2. L'explication de l'origine du handicap	176
<i>VII.3. L'ANALYSE DE LA VARIANCE OU L'ANOVA</i>	<i>178</i>
VII.3. 1. Définition de l'ANOVA	178
<i>VII.4. LES TABLEAUX DES RESULTATS DE L'ANOVA</i>	<i>180</i>
VII.4.1. Résultats suivant la profession :	182
VII.4.2. Résultats pour la variable Age :	184
<i>VIII. 1. EVALUATION DES ATTITUDES DE LA PERSONNE HANDICAPÉE.....</i>	<i>192</i>
<i>VIII.2. APPROCHE COMPARATIVE ENTRE LES PERSONNES EN CONTACT ET LES PERSONNES SANS CONTACT AVEC LES HANDICAPÉS.....</i>	<i>193</i>
VIII.2.1. Explication des résultats de l'approche comparative	194
VIII.2.1.1. La représentation chez les personnes en contact avec les handicapés	195
VIII.2.1.2. La représentation chez les personnes sans contact avec les handicapés	197
<i>VIII.3. EVALUATIONS DES PERSONNES HANDICAPÉES PAR ELLES-MÊMES.....</i>	<i>198</i>
<i>VIII.4. L'INFLUENCE DE LA PROFESSION, L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'ÉTUDES SUR LES REPRÉSENTATIONS</i>	<i>198</i>
<i>VIII.5. LES REPRÉSENTATIONS SUIVANT LES TYPES DE HANDICAPS</i>	<i>200</i>
VIII.5.1. Le handicap physique ou moteur comme « icône »	200
VIII.5.2. Le handicap mental et la maladie mentale.....	201
VIII.5.3. Les handicaps sensoriels et la faible vicariance.....	202
<i>VIII.6. UNE CONSTANCE DANS L'EXPLICATION DE L'ORIGINE DU HANDICAP</i>	<i>203</i>
<i>VIII.7. LES ENJEUX DE L'INSERTION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES.....</i>	<i>205</i>
VIII.7.1. L'univers des attentes et des souhaits	205
VIII.7.2. A l'inverse des thèses de GOFFMAN.....	206
CONCLUSION	207
BIBLIOGRAPHIE.....	214
LES ANNEXES.....	220
I – LA PRINCIPALE LOI CONGOLAISE SUR LES PERSONNES HANDICAPEES :.....	222
II – LES TABLEAUX DES RESULTATS DE L'ANALYSE DE VARIANCE	225
<i>Résultats après le traitement par l'ANOVA :.....</i>	<i>226</i>
<i>VII.4.1. Résultats suivant la profession :.....</i>	<i>227</i>
<i>VII.4.2. Résultats pour la variable Age :.....</i>	<i>248</i>
<i>VII.4.3. Résultats suivant le Sexe :.....</i>	<i>270</i>
<i>VII.4.4. Résultats selon le Niveau d'Etudes :.....</i>	<i>291</i>
<i>VII.4.5. Résultats suivant le Contact avec les Personnes Handicapées :.....</i>	<i>312</i>

Glossaire

A.A.H	Allocation à Adulte Handicapé
A.E.F	Afrique Equatoriale Française
A.H.PHY.CO	Association des Handicapés Physiques du Congo
A.N.A.D.V.C.	Association Nationale des Aveugles et Déficients Visuels du Congo
A.NA.F.H.CO	Association Nationale des Femmes Handicapées du Congo
A.N.HA.M.CO	Association Nationale des Handicapés Moteurs du Congo
A.N.L.C	Association Nationale des Léproux du Congo
AN.O.VA.	Analysis Of Variance
A.N.P.H.M.C.	Association Nationale des Personnes Handicapées Mentales du Congo
A.N.S.D.A.CO	Association Nationale des Sourds et Déficients Auditifs du Congo
AS.E.AL.CO	Association des Enfants Albinos du Congo
B.E.A.C.	Banque des Etats d'Afrique Centrale
B.E.P.C	Brevet d'Etudes du Premier Cycle
B.I.T.	Bureau International du Travail
B.T.S	Brevet de Technicien Supérieur
C.A.T	Centre d'Aide par le Travail
C.D.E.S	Commission Départementale d'Education Spécialisée
C.E.P.E	Certificat d'Etudes Primaires Élémentaires
C.F.A	Communauté Financière Africaine
C.F.C.O	Chemin de Fer Congo - Océan
C.F.E.P.H	Centre de Formation Electronique pour Personnes Handicapées
C.I.D.I.H	Classification Internationale des Déficiences, Inadaptations et Handicaps
C.I.F	Classification Internationale des Fonctionnements
C.I.H	Classification Internationale des Handicaps
C.I.M	Classification Internationale des Maladies
C.N.R.S	Centre National de Recherche Scientifique
C.N.S.A.	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CO.T.O.RE.P.	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
C.T.N.E.R.H.I	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

DE BRAZZA	Officier de la marine, agissant en Afrique Centrale (Gabon et Congo) pour le compte de la France et fondateur des villes de Franceville et Brazzaville
D.E.U.G.	Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
D.U.T	Diplôme Universitaire de Technologie
F.P.H.A.A	Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique Australe
F.P.H.A.C	Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique Centrale
F.P.H.A.E	Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique de l'Est
F.P.H.A.N	Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique du Nord
F.P.H.A.O	Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique de l'Ouest
G.I.P.H.C.O	Groupe d'Intégration des Personnes Handicapées de la Cuvette-Ouest
HA.SE.CO	Handicap-Secours du Congo
I.A.R	Institut Africain de Réadaptation
I.J.S.B	Institut des Jeunes Sourds de Brazzaville
I.N.A.C	Institut National des Aveugles du Congo
I.N.R.D.P	Institut National de Recherche et de Documentation Pédagogique
I.N.S.E.R.M	Institut National de Santé, d'Etudes et de Recherches Médicales
KIKATA	Terme péjoratif désignant une personne handicapée en langues nationales congolaises
KONGO	Groupe ethnique du sud du Congo
LINGALA	Une des langues nationales du Congo
MAKOKO	Roi des Tékés qui signa un traité avec DE BRAZZA
M.D.P.H.	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MUNUKUTUBA	Une des langues nationales congolaises
NGANGA	Guérisseur, Féticheur ou Voyant
O.I.T	Organisation Internationale du Travail
O.M.P.H	Organisation Mondiale des Personnes Handicapées
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.G.	Organisation Non Gouvernementale
O.N.U	Organisation des Nations Unies
O.U.A	Organisation de l'Unité Africaine
P.A.M	Programme d'Action Mondiale
PAN.A.P.H.	Pan-Africaine des Personnes Handicapées
P.C.H	Perception Cognition Handicap
P.I.B	Produit Intérieur Brut
P.N.U.D	Programme des Nations Unies pour le Développement

U.A	Union Africaine (Nouvelle dénomination de l'ex O.U.A.)
U.M.A	Union Mondiale des Aveugles
U.N.HA.CO	Union Nationale des Handicapés du Congo

INTRODUCTION

Aborder les situations de handicaps et leurs représentations sociales, c'est poser d'emblée la question du regard porté sur les personnes atteintes de déficience, en prenant en compte la place qu'elles occupent au sein de la société.

Au Congo-Brazzaville comme partout ailleurs dans le monde, la personne handicapée revendique de nos jours, au travers des institutions et des associations spécialisées, une identité. Parfois rejetée et niée, parfois assistée et rapprochée de notre compassion, la personne handicapée mérite une identité statutaire légitime. La terminologie pénalisante sur les handicaps renvoie à un regard particulier qui met l'accent sur les déficits physique, sensoriel ou intellectuel, en occultant les potentialités et les aptitudes que détient encore la personne handicapée.

La principale loi congolaise numéro 009/92 du 22 avril 1992 portant Statut, Protection et Promotion de la Personne Handicapée, exige le principe de l'intégration, de lutte contre l'exclusion et la prise en compte des handicaps, quelle que soit leur forme. Quinze ans après, qu'en est-il du vécu réel de la personne en difficulté physique, sensoriel ou mentale ? Cette loi, qui par défaut de mieux, est acceptée par les diverses et dynamiques associations de/pour personnes handicapées, demeure inapplicable par manque de décrets d'application, malgré sa publication au journal officiel depuis 1992. Cette apparente négligence de la personne handicapée par les autorités compétentes conduit à une certaine forme d'exclusion et de marginalisation, tout au moins sur le plan institutionnel.

Au plan social, c'est surtout l'effort individuel et la solidarité familiale qui jouent. L'Etat mène plusieurs actions spontanées en faveur des personnes en situations de handicaps sous forme de : dons et subventions aux associations, organisation des séminaires, colloques et manifestations socio-culturelles, ratification des textes internationaux se rapportant au domaine du handicap. La solidarité exprimée spontanément ou reconnue par des textes sans décrets d'application ne résout pas le problème identitaire. La question de l'identité reste en effet centrale, si l'on considère que le vécu des personnes handicapées est, en partie, déterminée par les représentations du handicap au sein de la société.

En plus des coutumes, des moeurs, bref des considérations socio-culturelles, l'action éducative, rééducative et pédagogique dans l'acquisition d'une autonomie sociale est un atout important pour l'insertion des personnes handicapées. Le but serait de donner à ces personnes la possibilité de s'épanouir à partir de l'intervention, non seulement des parents, mais aussi des professionnels spécialisés et de faciliter leur participation à des activités valorisantes, ce qui rendrait possible une certaine nouveauté dans le regard.

L'Organisation des Nations Unies (O.N.U.) reconnaît, depuis 1975, aux personnes handicapées les mêmes droits fondamentaux que les autres citoyens du monde : *"Le handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. Le handicapé, quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique un ordre principal, celui de jouir d'une vie décente, aussi normale et épanouie que possible"*¹. La traduction de ces droits en actes ne connaît pas le même succès au niveau de chaque pays membre de l'ONU ; ainsi la situation des handicapés au Congo reste déplorable.

Il est connu que le handicap est un objet de recherche souvent circonscrit assez nettement dans le domaine de la santé, tout en offrant à l'analyse plusieurs facettes. En tant que psychologue, le même objet nous intéresse par son côté psychosocial à travers l'observation de la différence, de l'étiquetage, de la stigmatisation, des mesures de protection, d'aide, d'adaptation et d'intégration.

En effet, nous voulons cerner les représentations générées ou mobilisées par le handicap d'une personne au sein de son entourage proche (parents, amis, éducateurs, responsables institutionnels) et au sein de son environnement social global. Il s'agit de mettre à jour la place spécifique que fait la société congolaise à la personne handicapée, en référence principalement au handicap physique, à la déficience sensorielle ou mentale, sans oublier d'analyser les conditions de son insertion socio-professionnelle. Nous nous sommes aussi interrogés sur l'impact du changement (social, économique, politique et culturel) de la société congolaise sur les représentations des situations de handicaps, en prenant en compte les considérations socio-culturelles traditionnelles ou ancestrales.

Notre choix sur le thème "handicaps et représentations" présente un double intérêt qui justifie la double approche psychologique et socio-culturelle.

¹ Déclaration des droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée Générale de l'O.N.U. à sa 2433ème séance plénière du 9 décembre 1975.

En psychologie, la notion de "*représentation*" fait l'objet de plus en plus d'études interdisciplinaires. Le récent développement des sciences cognitives lui donne une place, non seulement dans les neuro-sciences, mais aussi, à côté de la logique et de la linguistique, dans la psychologie. Consacrée par FREUD en psychanalyse et par PIAGET en psychologie génétique, elle a reçu avec MOSCOVICI (1961), par la conceptualisation de la "*représentation sociale*" son élaboration la plus poussée, nous permettant de rendre compte des relations sociales et d'un phénomène de la vie comme le handicap.

Sur le plan socio-culturel le thème abordé est plus que jamais d'actualité d'un point de vue humanitaire, culturel et économique, au regard du nombre d'Organisations Non Gouvernementales et d'Associations locales qui se disent préoccupées par la situation des personnes handicapées, et qui mettent en place des aides pour leur insertion sociale.

Certes, on est en droit de craindre que les notions de handicap et de représentation, dans leur polysémie, ne favorisent le manque de rigueur et des visions simplificatrices ou biaisées des situations étudiées. Or, sur le plan scientifique, notre travail est à la fois une recherche de terrain, par notre démarche et une recherche fondamentale qui prend en compte la composante culturelle des représentations dont l'importance est décisive, particulièrement pour ce qui touche à la santé et à la maladie, et dont on sait qu'elle est un vecteur puissant pour la mise à jour de la structure et de la transformation des états représentationnels. Pour accéder à une compréhension de ce qui se joue dans les situations de handicap, notre démarche prend également en compte la voix des handicapés eux-mêmes.

Cependant, la complexité du domaine du handicap et le caractère polysémique de la notion de représentation nous conduisent à examiner ses rapports avec des concepts employés dans les différentes sciences humaines et d'articuler ses corrélats psychologiques et sociaux.

D'après Denise JODELET "*Sous le label de handicap et d'inadaptation s'observe un ensemble de phénomènes qui se rapportent aussi bien au vécu, au statut et au rôle social de ceux qui en pâtissent, qu'aux perceptions, évaluations, jugements et réactions de ceux qui les côtoient et qu'aux pratiques de ceux qui, au nom de compétences diverses (travailleurs sociaux, thérapeutes, formateurs, administrateurs, législateurs) les prennent en charge ou les gèrent*" ².

² JODELET D. : Représentations et handicaps : vers une clarification des concepts et des méthodes, CTNERHI, Paris, PUF, 1990, pp 3,4.

Ces phénomènes et notions socialement construites prêtent donc à de multiples interprétations, appelant une approche qui mette à jour les dimensions psychologique et sociale.

Par l'intermédiaire d'enquêtes par questionnaires et par entretiens, nous avons tenté de dégager la nature et la spécificité des représentations sur les handicaps, chez les personnes ayant des contacts réguliers ou permanents avec les handicapés d'une part, et chez des personnes sans contacts ou, a priori, sans implication directe avec les handicapés.

Ainsi, pour satisfaire à cette exigence, nous avons choisi d'effectuer un parcours en huit chapitres, avec une structuration en cinq parties.

La première partie commence par une présentation géographique succincte du Congo-Brazzaville, avant une esquisse des définitions des notions polysémiques de représentation et de handicap. Cette partie se consacre aussi à une revue de quelques approches sur les questions du handicap à travers le monde, l'Afrique et le Congo ; ensuite à la circonscription du problème étudié (problématique), avant de retenir les trois hypothèses qui sous-tendent notre problématique.

Dans **la deuxième partie**, il est question des choix méthodologiques portant sur la population et les outils de recueil des données, en relevant les difficultés liées au choix des outils de recueil et d'analyse des données ; en raison de la complexité des représentations cognitives.

Les analyses statistiques et les principaux résultats sont présentés dans **la troisième partie**, où se dégagent les différentes représentations et attitudes vis-à-vis des personnes handicapées.

Ensuite, nous **concluons** sur la nécessité d'une reconnaissance du statut et de l'identité de la personne handicapée, en prenant en compte la composante socio-culturelle des représentations.

Enfin, **la cinquième partie** rassemble les documents annexes permettant d'éclairer le lecteur sur les parties qui s'y rapportent. On peut consulter : l'ensemble des résultats de l'Analyse de Variance sous forme de tableaux, variable par variable ; ainsi que l'intégralité de la principale loi congolaise portant sur la question du handicap.

**PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE DE L'ETUDE ET
DEVELOPPEMENTS THEORIQUES SUR LES
REPRESENTATIONS ET LA SITUATION DES
PERSONNES HANDICAPEES**

CHAPITRE I : PRÉSENTATION ET HISTORIQUE DU CONGO-BRAZZAVILLE

I.1. LE PAYS

I.1.1. Situation et superficie

Pays d'Afrique centrale, le Congo est à cheval sur l'Équateur et a pour capitale politique Brazzaville. Il a pour voisins : le Gabon, le Cameroun, la République Centrafricaine, l'Angola et la République Démocratique du Congo (l'ex-Zaïre).

La frontière avec le Gabon s'étend du nord-ouest au sud-ouest ; elle commence à l'ouest de la région de la Sangha, borde les régions de la Crevette-Ouest, des Plateaux, de la Lékoumou, du Niari et du Kouilou pour finir sur l'Océan atlantique.

Au nord, les forêts profondes qui couvrent cette zone du pays marquent une frontière naturelle avec la République Centrafricaine et le Cameroun.

Le fleuve Congo qui porte le même nom que le pays sert de frontière naturelle avec l'ex-Zaïre. A l'extrême sud, le Congo dispose d'une frontière commune avec l'ex-Zaïre et l'enclave du Cabinda (territoire angolais).

La République du Congo est un pays de taille moyenne, couvrant une superficie de 342 000 km², comparable, par cette superficie, à l'Italie (301 000 km²) ou au Japon (372 000 km²).

Cependant, à l'exception du Gabon, plus petit que lui, le Congo est de taille sensiblement plus réduite que ses grands voisins, comme l'ex-Zaïre (2,34 millions de km²) ou l'Angola (1,25 millions de km²).

Le pays s'étire sur 1200 km de part et d'autre de l'Équateur, il s'allonge sur la rive droite du fleuve Congo et s'ouvre au sud-ouest sur l'Océan Atlantique par une façade maritime de 170 km.

I.1.2. Climat

Le climat est tropical (sauf dans la partie septentrionale) avec deux principales saisons :

- une saison des pluies (plus longue) de septembre à mai,
- et une saison sèche (trois mois) de juin à août.

La saison des pluies peut parfois être entrecoupée par une petite saison sèche de trois à quatre semaines entre début février et fin mars.

Le pays est arrosé principalement par le majestueux fleuve Congo, cours d'eau colossal, avec de nombreux affluents, le deuxième du monde par la puissance de ses eaux et l'importance de son bassin (après l'Amazone) et le cinquième par sa longueur après l'Amazone, le Nil, l'Obi et le Yang Tsé Kiang.

En plus du Congo, l'ensemble du pays est irrigué par une trentaine de fleuves et de rivières navigables comme l'Oubangui, la Sangha, la Likouala, l'Alima, le Niari, la Bouenza ou le Kouilou.

I.1.3. La flore et la faune

Deux types de végétation dominant le pays : la forêt (60 %) et la savane (40 %).

* La grande forêt équatoriale recouvre plus de la moitié du territoire et représente une source quasi inépuisable de bois d'oeuvre. Il existe trois grands ensembles :

- La forêt du Chaillu (un million d'hectares) au sud-ouest,
- La forêt du Mayombe (3,5 millions d'hectares) au sud-est
- et la grande forêt du Nord (13 millions d'hectares) avec une bonne moitié (7 millions d'hectares) inondée.

Pour plus des deux tiers il s'agit d'une forêt primaire que l'homme n'a jamais défrichée. Elle est formée d'arbres géants avec des espèces recherchées atteignant 40 à 60 mètres de hauteur, comme le limba, l'okoumé, le sapelli, etc. En fait, cette "*forêt-cathédrale*", avec ses hauts piliers et sa voûte de feuillage, n'empêche pas la circulation à pied.

La grande forêt équatoriale du bassin du Congo, qui couvre le pays et tous ses voisins, est la plus importante du monde après celle de l'Amazonie. Dans celle-ci vivent des grands mammifères comme les gorilles, les buffles, les chimpanzés, les éléphants ainsi que les sangliers et les antilopes, cohabitant avec plusieurs espèces ailées ou aquatiques.

* Quoiqu'elle occupe la plus grande partie du territoire congolais, la forêt laisse parfois la place à la savane, notamment sur les plateaux Batékés et dans la vallée du Niari.

I.1.4. Relief

Le relief est très varié :

- Au Sud la plaine côtière du Kouilou d'environ 60 kilomètres de longueur paraît rectiligne et se termine à l'océan sur une côte basse.

- Et puis une zone montagneuse, le Mayombe est formée d'une succession de crêtes.

- Une fois passé le Mayombe, la vallée du Niari est enserrée dans les contreforts du massif du Chaillu et du plateau des cataractes.

- Après, on parvient alors dans la région du Pool, avec des collines, faisant face aux plateaux du centre.

- Les plateaux Batékés, secs et variés, séparés les uns des autres par les vallées profondes des affluents de la rive droite du fleuve Congo, s'étendent jusqu'au sud-est du Gabon.

- Ensuite intervient la cuvette congolaise qui est une plaine inondée avec de nombreux cours d'eau poissonneux.

- Enfin à l'extrême nord à la frontière avec la Centrafrique les plateaux oubangiens bordent la Cuvette ; et au Nord-ouest à la frontière avec le Gabon et le Cameroun, la région de la Sangha offre un relief de plateaux et de collines dominé par la plus haute montagne du Congo : le Mont Nabemba (environ 1000 mètres d'altitude).

I.1.5. Historique

Le Congo tire son nom du grand royaume Kongo qui domina pendant six siècles une grande partie de l'Afrique Centrale.

C'est en 1482 que le navigateur portugais Diego Cao découvre l'embouchure du Congo, pensant avoir trouvé la voie de pénétration idéale pour atteindre l'Afrique Centrale et le territoire des Batékés.

Avec l'arrivée des navigateurs portugais débuta la traite des esclaves qui prit sa plus grande expansion aux 17^e et 18^e siècles et qui cessa au 19^e siècle sous la poussée des mouvements intellectuels abolitionnistes (en France : loi Schoelcher de 1848).

Défendue par des rapides et des chutes sur son cours inférieur, le fleuve Congo forma longtemps encore un obstacle majeur aux invasions européennes.

C'est seulement en 1874 que Stanley, pour le compte du roi belge, rejoint le fleuve Congo à partir de Zanzibar en passant par le lac Tanganika et en descendant la "*rivière Livingstone*". Il reviendra cinq ans plus tard, mais en partant cette fois de l'estuaire. Gagnant le Stanley Pool, il fondera, sur la rive gauche du fleuve Congo, Léopoldville, la future ville de Kinshasa.

De son côté, l'officier de marine Savorgnan de BRAZZA, agissant pour le compte de la France, atteindra à son tour, lors de son deuxième voyage, la rive droite du fleuve Congo, après avoir traversé le Gabon, remonté l'Ogooué et gagné les plateaux batékés en 1880.

C'est lors de ce voyage que l'explorateur Savorgnan de BRAZZA signera à Mbé (capitale du royaume des Tékés) un célèbre traité, le 10 septembre 1880, avec

MAKOKO, roi des Tékés, qui abandonnera à la France "*ses droits héréditaires de suprématie*". De BRAZZA obtiendra également les terres de Ntamo, en bordure du Pool, où il fondera en octobre 1880, la station française de Brazzaville (le traité sera solennellement ratifié par le Parlement français le 22 novembre 1882). La ville de Brazzaville n'a été fondée réellement qu'en 1884 par Charles de Chavane sur la rive droite du fleuve Congo en face de Léopoldville.

Ce traité signé entre le roi MAKOKO et de BRAZZA marquera donc le début de la colonisation du Congo par la France.

Précédant l'arrivée des militaires et des colons, les explorateurs avaient reconnu les territoires des futurs empires coloniaux européens : tout le nord du fleuve Congo (Gabon, Congo, Cameroun, Centrafrique, Tchad) par Savorgnan de BRAZZA et ses compagnons pour le compte de la France ; toute la rive gauche (l'ex-Zaïre) par Stanley pour le compte du roi des Belges. Sous la colonisation française et belge, il exista côte à côte deux Congo séparés par le fleuve de même nom : le Congo-Brazzaville (français) et le Congo belge.

Il restait à ratifier officiellement toutes ces parts du "*butin africain*" ; ce fut l'oeuvre de la conférence de Berlin (1884-1885), qui réunit les représentants de quatorze pays européens et des Etats-Unis, sous l'égide du Chancelier allemand Bismarck. Aucun dignitaire africain, signataire d'un traité avec des Européens ne fut invité. D'ailleurs, en même temps qu'elle entérinait le partage de l'Afrique entre grandes puissances européennes, cette conférence établissait un nouveau principe : "*l'occupation effective d'un territoire et non seulement de sa côte*". Ainsi, les Etats occidentaux n'avaient plus besoin de signer des traités pour devenir propriétaires de territoires en Afrique.

Le 29 Décembre 1903 le Congo français devient moyen Congo et le commandement territorial passe aux mains des civils.

Le Congo faisait partie d'un vaste ensemble colonial : l'Afrique Équatoriale Française (A.E.F.), fondé en 1910, dont Brazzaville était la capitale et qui couvrait avec le Cameroun, le Gabon, la Centrafrique et le Tchad un territoire de plus de 2,5 millions de kilomètres carrés.

Le 18 Juin 1940, le général de Gaulle lance son appel et Brazzaville devient la capitale de l'Union Française et le siège du Gouvernement de la France libre, le 28 Août 1940.

En 1958 le Congo se prononce à 80 % pour l'entrée comme Etat indépendant dans la communauté française lors du référendum du 28 novembre. Les territoires d'Outre-mer en Afrique sont abolis. La République du Congo est proclamée à Pointe-Noire alors capitale du Moyen-Congo depuis 1910. L'Assemblée se prononce pour le transfert de la capitale de Pointe-Noire à Brazzaville.

C'est enfin le 15 Août 1960 que le Congo, à l'instar de plusieurs Etats d'Afrique noire francophone, accède à l'indépendance. Après l'accession à l'indépendance, il est devenu un Etat tourné vers la modernité, malgré les soubresauts et les événements tragiques qui l'ont souvent secoués au plan socio-politique.

I.1.6. Economie

Le Congo-Brazzaville est considéré par les institutions financières internationales (Fonds Monétaire International (F.M.I), Banque Mondiale...) comme un pays à revenu intermédiaire.

En 2002 son Produit Intérieur Brut (P.I.B.) par habitant était de 658 300 Francs CFA (1000 euros) ³.

Pays pétrolier depuis le début des années soixante dix (70), "*l'or noir*" représente aujourd'hui l'essentiel de l'économie congolaise. Il contribue à 20 % du PIB et assure à lui seul 70 % des recettes budgétaires de l'Etat. Le Congo produit aujourd'hui près de 10 millions de tonnes de brut par an. Les principales sociétés exploitatrices du pétrole sont : ELF CONGO ou TOTAL FINA ELF actuellement (société leader, AGIP Recherches et quelques sociétés américaines.

Par ailleurs, le pays est parmi les plus endettés du monde, par tête d'habitant avec une dette extérieure atteignant les 6 milliards de dollars américains.

³ Source BEAC : Banque des Etats d'Afrique Centrale.

- Après le pétrole, le bois est le deuxième pilier économique du Congo. La forêt congolaise, composée d'une multitude d'essences très recherchées dans le monde, comme le limba, l'okoumé, l'acajou, le sapelli ou le sipo, est la deuxième grande richesse du Congo après le pétrole, qui lui a ravi la première place en 1972.

Le bois est exploité par quelques sociétés d'Etat ou mixtes et par des groupes privés français, allemands, suisses, algériens ou libyens, ayant obtenu auprès de l'Etat des permis d'exploitation couvrant plusieurs hectares de forêt sur une durée souvent d'un siècle. Le bois est soit exporté vers l'Europe, par la voie maritime, sous forme de grumes, soit transformé au préalable par sciage et déroulage (planches et contre-plaqués).

Les principales utilisations du bois au Congo sont la menuiserie, l'ébénisterie, la construction des pirogues et des habitations, le chauffage domestique etc.

I.1.7. Agriculture et élevage

L'agriculture au Congo est un secteur très peu développé et pourtant le pays bénéficie des terres fertiles et de conditions climatiques propices aux activités agricoles. Aujourd'hui, malgré ces facteurs favorables, l'agriculture congolaise ne satisfait pas la demande nationale. Il n'y aurait pas plus de 2 % des terres arables qui seraient cultivées. L'exode rural des jeunes, les difficultés de commercialisation et d'écoulement de la production expliquent les faiblesses de ce secteur.

Au Congo deux types d'agricultures coexistent :

- la culture des produits vivriers de subsistance
- les cultures d'exportation ou industrielles.

Les cultures vivrières sont essentiellement produites par les paysans selon des méthodes artisanales. Le "*manioc*", principale culture de subsistance constitue l'aliment de base des Congolais. Il est essentiellement cultivé par les femmes, un peu partout dans le pays. Sa culture est généralement associée à celle d'autres tubercules tels que les ignames, les taros, ainsi qu'à celle de la banane plantain et du maïs. Les hommes, quant à eux, rapportent de la chasse et de la pêche, de la viande et du poisson, consommés de manière courante.

A côté de l'agriculture vivrière, qui ne satisfait pas toujours tous les besoins du pays, se sont développées les cultures d'exportation ou industrielles du café, du cacao, de la canne à sucre, de l'arachide, du palmier à huile, du riz et du tabac. La mauvaise gestion des entreprises publiques chargées d'en assurer la production et la commercialisation en a souvent provoqué le déclin. La pêche industrielle est limitée à la côte atlantique et a permis la création d'un port de pêche à Pointe-Noire.

L'élevage est aussi une activité traditionnellement peu développée au Congo en dépit des possibilités existantes. La production nationale ne couvre que 20 % des besoins, les 80 % restants sont importés. L'élevage moderne des bovins est surtout concentré dans le sud du pays (régions du Pool, du Niari et de la Bouenza) où ont été créés de nombreux ranchs de 50 000 à 60 000 hectares. D'autres fermes avicoles existent dans la région de Brazzaville, ainsi que des élevages de porcs.

I.1.8. Infrastructures

Le Congo dispose de cinq modes de transport : routier, ferroviaire, fluvial, maritime et aérien.

Le réseau routier s'étale sur environ 17 800 kilomètres de routes et de pistes, avec seulement 700 à 900 kilomètres goudronnés autour de Brazzaville et de Pointe-Noire, surtout au nord de Brazzaville le long de la route nationale numéro deux (RN2) sur 532 kilomètres, de Brazzaville à Owando, et plus récemment la route Ngo-Djambala-Lékana.

Les deux principaux axes sont : Brazzaville/Pointe-Noire (RN1) et Brazzaville/Ouesso (RN2), auxquels se raccordent des axes secondaires qui relient entre elles, les villes moyennes du pays. Il existe aussi des pistes agricoles qui desservent certains villages enclavés presque, de tout autres moyens de communication modernes.

Ce réseau est en mauvais état par manque d'entretien et par la faute du climat équatorial, avec ses pluies fréquentes qui détruisent les infrastructures terrestres.

Deux lignes constituent l'essentiel du réseau ferroviaire congolais :

- Le Chemin de Fer Congo-Océan (CFCO) reliant Brazzaville à Pointe-Noire (510 kilomètres) a été construit avant la deuxième guerre mondiale (de 1921 à 1934). C'est la

principale voie de transport ferroviaire des passagers (avec 48 gares) et des marchandises ou produits d'importation et d'exportation.

- La deuxième ligne longue de 285 kilomètres relie Mont-Mbelo à Mbinda à la frontière avec le Gabon. C'est l'ancienne ligne "*Comilog*", qui assurait depuis l'époque coloniale jusqu'en 1991, le transit du manganèse de Moanda au Gabon vers le port maritime de Pointe-Noire.

Le Congo dispose d'un important réseau fluvial, navigable sur plus de 5000 kilomètres, qui permet d'atteindre des villes et villages inaccessibles par la route ou l'avion, comme Mossaka, par exemple. Il comprend des axes fluviaux inter-Etats, reliant le pays avec certains de ses voisins comme la République Centrafricaine ; et des axes intérieurs reliant les différentes régions congolaises entre elles. Le principal port fluvial est celui de Brazzaville.

Le transport maritime s'effectue à partir du port de Pointe-Noire (capitale économique du Congo). Ce port en eau profonde, est un débouché naturel sur l'Océan atlantique d'un axe de communication prépondérant pour l'Afrique Centrale, qui s'étend de Pointe-Noire à Bangui et Djamena, en passant par les voies ferrées (CFCO), fluviales et routières. Le port maritime de Pointe-Noire, qui apparaît comme l'un des premiers ports de transbordement de la côte occidentale d'Afrique, est un lieu de sortie des produits d'exportation (café, cacao, bois tropicaux) et d'entrée des produits occidentaux (véhicules, machines, matériaux de construction, produits alimentaires...).

L'infrastructure aérienne compte deux aéroports internationaux : Brazzaville et Pointe-Noire, et puis actuellement celui d'Ollombo-oyo dont la construction s'achèvera en 2006. Des lignes intérieures permettent de desservir cinq aéroports nationaux (Dolisie, Impfondo, NKayi, Ouesso et Owando) ainsi qu'une quinzaine de petits aérodromes réservés aux avions de tourisme.

Par ailleurs deux barrages hydrauliques, Moukoulou et Djoué, produisent de l'électricité au sud du pays, sans couvrir les besoins en énergie électrique, car le Congo importe de l'ex-Zaïre le complément nécessaire (36 % des besoins). Le barrage hydraulique d'Imboulou au nord de Brazzaville est actuellement en construction pour palier à ce besoin.

Le réseau téléphonique congolais est automatisé mais ne couvre que les grandes villes et les centres industriels. La téléphonie mobile vient de gagner même les centres secondaires les plus enclavés et sans autres infrastructures modernes.

I.2. LES HOMMES

I.2.1. Situation démographique

En 2002 la BEAC (Banque des Etats d'Afrique Centrale) a estimé la population du Congo-Brazzaville à 3,2 millions d'habitants. Cette population a été estimée, officiellement, suite à un recensement en 1995 à 2 500 000 habitants, avec une densité faible de 7,3 habitants par kilomètre carré. Le taux d'accroissement est de 3,4 % par an, l'espérance de vie à la naissance de 51 ans et l'indice de fécondité de 5,6 %. La scolarisation a toujours été une priorité au Congo, car jusqu'à la fin des années quatre vingt, presque tous les enfants qui naissaient dans ce pays allaient à l'école. De nos jours, le taux d'alphabétisation avoisine 90 % au lieu de 100 % il y a vingt ans.

Le Congo est un pays très urbanisé. Avec l'exode rural très poussé, la campagne (milieu rural) s'est vidée au profit des grandes villes comme Brazzaville (850 000 habitants), Pointe-Noire (420 000 habitants) et des chefs-lieux de districts et de régions comme Dolisie, Nkayi, Gamboma, Owando ou Ouesso. Aujourd'hui, cette situation, d'une grande originalité, fait du Congo-Brazzaville, un des pays les plus urbanisés d'Afrique noire.

La population est très concentrée (70 % des Congolais) dans le sud du pays : région du Pool, le long de la voie ferrée (CFCO) reliant les deux capitales (Brazzaville et Pointe-Noire), la vallée du Niari. Le Nord couvert de savanes et surtout de forêts est très faiblement peuplé, à l'exception du plateau Koukouya, et des pays Mbochi dans les régions de la Cuvette centrale et des Plateaux.

La pyramide des âges est conforme à celles des pays en voie de développement, ainsi près de 60 % de la population est âgée de moins de vingt ans.

I.2.2. Des origines, des ethnies et des langues diverses

A l'exception des Pygmées, la quasi-totalité des habitants du Congo sont des **Bantous**. Sous ce nom, qui correspond au pluriel de **muntu** (homme), les historiens et les linguistes regroupent des millions d'individus vivant en Afrique centrale, orientale et méridionale. A l'origine, les premiers Bantous provenaient des actuels territoires du Nigeria et du Cameroun et ils auraient émigré vers l'Afrique australe tout au début de notre ère. Ce sont les Bantous qui fondèrent le royaume du Monomotapa, les chefferies Zoulous en Afrique méridionale et le royaume du Kongo qui englobait autrefois les territoires du Congo, de l'ex-Zaïre et de l'Angola.

- Les **Pygmées**, petit peuple nomade de la forêt équatoriale, vivant de la chasse, la pêche et la cueillette, ont de nos jours un mode de vie qui les situe avant les hommes du néolithique (agriculteurs sédentaires qui découvrirent la poterie et la métallurgie).

Vivant au Congo dans les profondes forêts du Nord (régions de la Sangha, de la Likouala des Plateaux et de la Cuvette-Ouest) et au Sud (régions du Pool et de Lékoumou), les Pygmées seraient environ 40 000 dans le pays. Ils constituent des petits groupes familiaux réunis dans des campements temporaires (de trente à cinquante personnes) et s'adonnent essentiellement à la chasse et la cueillette pour assurer leur subsistance. Ignorant la hiérarchie et la guerre, les Pygmées aiment se réunir pour danser et chanter avec beaucoup de talent. Avec les Bantous, ils ont toujours entretenu des relations de troc. La taille des Pygmées varie entre 1,20 mètre et 1,50 mètre.

En dehors des Pygmées et de quelques immigrés, le reste de la population (**Bantous**) se répartit en 52 (cinquante deux) ethnies se rattachant ou non à une dizaine de grands groupes, dont les plus importants en nombre, sont les Kongo, les Tékés, les Mbochi et les Sangha.

Le groupe **Kongo** est le plus nombreux. Il constitue 48 % de la population et s'étend dans tout le sud du pays, depuis Brazzaville jusqu'à Pointe-Noire sur la côte atlantique. Ce groupe comprend entre autres, les Laris vivant autour de Brazzaville, les Vilis autour de Pointe-Noire, les Yombés dans le massif du Mayombe, ainsi que les Bembés, les Soundis, les Kambas et bien entendu les Kongos.

Le groupe **Téké** représente environ 22 % de la population et s'installe sur les plateaux Batékés commençant immédiatement au nord de Brazzaville. Il rassemble une dizaine d'ethnies ; dont les Koukoyas, les Bomas, les Tios, les Gangoulou, les Tégusés, les Batékés-Lali etc.

Le groupe **Mbochi**, troisième grand groupe ethnique du Congo, rassemble environ dix ethnies : Likouala, Likouba, Kouyou, Makoua, Bonga, Bonbongui, Moye, Mbochi, Ngaré et Mboko. Ils sont implantés au nord du pays, dans la région de la Cuvette, autour d'Owando, Makoua, Mossaka et le long de nombreux fleuves poissonneux et navigables tels que la Likouala, le Kouyou, l'Alima et la Sangha.

Trois autres grands groupes ethniques sont implantés dans la partie septentrionale du Congo : les **Makaas** dans le nord-ouest de la région de la Sangha ; les **Sanghas** dans la région de la Likouala ; et les **Oubangiens** tout au nord de la région de la Likouala à la frontière avec la République Centrafricaine. Les Sanghas comprennent également une dizaine d'ethnies, parmi lesquelles les Bomitabas, les Bonguilis, les Pomos, les Bangala etc.

Plusieurs autres groupes ethniques, établis aux confins occidentaux, sont à cheval entre le Congo et le Gabon : les **Mbérés ou Mbetis** (autour de Kellé et Mbama), les **Fangs** et les **Kotas** au nord-ouest, les Echiras au sud-est, les Nzabis, les Pounous et les Obambas dans le Massif du Chaillu.

La plupart de ces peuples (ethnies) débordent les frontières tracées arbitrairement par les colonisateurs européens en général et français en particulier.

Ancienne colonie française, le Congo a conservé le français comme langue officielle, parlée et enseignée à l'école. Néanmoins chacun des nombreux peuples (ethnies) du Congo a sa propre langue. Par ailleurs, deux langues véhiculaires ont pris rang derrière le français et sont reconnues comme langues nationales :

- Le Lingala parlé dans le nord du pays et surtout le long du fleuve Congo,
- Le Munukutuba, dérivé du kikongo est en usage dans le sud du pays.

Ces deux langues sont, comme le français, parlées à la radio et à la télévision, et parfois enseignées à l'école.

I.2.3. Une pluralité de religions de croyances et de traditions

Le christianisme est particulièrement bien implanté au Congo, où un tiers de la population serait catholique. L'Eglise catholique est la mieux structurée, organisée et implantée dans les grands centres du pays. Le 25 avril 1883, le Père Carrie fonda la Mission Catholique de Loango, alors que le 20 septembre de la même année, le Père Augouard fonda la Mission de Linzolo. Ensuite, d'autres missions ont essaimé tout le pays du sud au nord.

En effet, les efforts des missionnaires français depuis un siècle ont porté leurs fruits, car aujourd'hui, l'Eglise apostolique et romaine du Congo s'organise autour de plusieurs diocèses installés, entre autres, à Brazzaville, Pointe-Noire, Owando et Ouessou.

D'autres Églises proches du christianisme sont particulièrement très actives : les Évangélistes, les Salutistes, les Matsouanistes, les Kimbanguistes et les Zéphirins.

L'Islam est aussi présent dans les grands centres urbains où quelques mosquées ont été construites, suite à l'arrivée au Congo, peu avant l'indépendance, des populations commerçantes originaires d'Afrique de l'ouest, notamment les Sénégalais et les Maliens.

I.2.3.1. Le culte des ancêtres et des génies

Décriées par les missionnaires religieux dès leur arrivée sur les côtes, les croyances et pratiques traditionnelles des Congolais n'ont pas disparu. Bien que le christianisme soit largement implanté au Congo, les religions traditionnelles, que les ethnologues et les anthropologues classent sous l'étiquette commode d'Animisme, sont toujours vivaces dans les milieux ruraux, tout comme dans les grands centres urbains.

Dans tout le Congo, comme partout en Afrique noire, ces religions comportent un certain nombre de traits communs dont la croyance en un principe créateur de toutes choses (Dieu suprême ou démiurge) qui n'est guère accessible directement à l'homme. Aussi, il existe toute une série de divinités intermédiaires (génies ou ancêtres) auxquels

on voue un culte pour obtenir chance, protection, conseils, guérisons, bonnes récoltes, etc., par le biais d'offrandes, de sacrifices d'animaux, de libations et d'incantations.

Chez les Mbetis et les Tékés du nord-ouest du Congo, tout événement important (naissance d'un enfant, initiation, long voyage, mariage, chasse collective..) doit être signalé aux ancêtres du clan, soit par un rituel au sein du village, soit par un culte sur la tombe du plus vieil ancêtre connu, ou bien derrière les habitations si la tombe de ce dernier est trop éloignée du village.

Les Tékés, par exemple, croient que les êtres animés ou inanimés sont dotés d'un esprit ou d'un génie (parcelle d'énergie surnaturelle), dont l'hypersensibilité est à l'image de celle des hommes. Nichés dans les arbres, les grottes ou les chutes d'eau, ces génies prennent facilement ombrage si on leur manque de respect et exigent de nombreux sacrifices pour ne pas se venger cruellement, mais ils sont également sensibles à la pitié et à la flatterie.

La conception de la mort et de la maladie est presque identique chez tous les groupes ethniques congolais.

Les ancêtres ont seulement changé de statut après leur mort, car ils sont toujours proches de leur ancien foyer et agissants. Pour se concilier leurs bonnes grâces ou éviter des représailles comme les maladies ou les mauvaises récoltes, l'on se doit, de même que pour les génies, de leur vouer un culte, et leur faire des offrandes et des sacrifices.

Les maladies graves ou handicapantes font rarement l'objet d'une explication biologique ou naturelle ; leurs causes sont souvent attribuées aux ancêtres en colère, et surtout aux actions maléfiques de personnes vivantes (**les sorciers**) qui cherchent à nuire et à détruire le malade et/ou sa famille.

• **Le Féticheur** (Ngâ en Mbeti et en Téké ; **Nganga** en Kota, en Mbochi, en Lari, en Lingala et bien d'autres langues) est un personnage important et stratégique dans le traitement des situations socio-sanitaires au sein de la société congolaise.

Pour diriger les cérémonies de culte et des offrandes, et pour dépister les maladies afin de les soigner, les villageois font appel au Nganga qui sait interpréter les messages venus de l'au-delà et connaît la manière de s'y prendre pour satisfaire les génies et les ancêtres. Il a aussi pour fonction de fabriquer des "*fétiches*" (statuettes, cordes, amulettes

etc.), objets investis d'un pouvoir "magique", permettant à leurs possesseurs d'être épargnés par les maladies et les mauvais esprits. Chez les Kongo, par exemple, la personne qui utilise les bons offices du féticheur (nganga) obtient des talismans pour empêcher les sorciers (ndoki) de venir "*manger son âme*" ou de le faire souffrir par envoûtement.

Certaines pratiques magico-religieuses, relevant des sociétés secrètes, sont observées au sein de certaines ethnies, et sont une affaire des initiés et soustraits aux regards profanes :

- C'est le cas, par exemple, du phénomène **d'Andjimba** (groupes de sorciers capables de faire disparaître un être humain par simple contact avec une source d'eau) chez les Makouas, ethnie du nord du Congo.

- Les confréries **d'Onkéra** (confrérie des jumeaux) qui sacralise la naissance des jumeaux et d'Onkani (confrérie des sages) chez les Mbetis et les Tékés.

- La cérémonie du **Tchikoumbi** chez les Vilis de Pointe-Noire qui célèbre l'apparition des premières menstrues d'une jeune fille.

- L'initiation à la circoncision, qui consiste à couper le prépuce d'un jeune garçon (**Létsinda ou Satsi**) chez les Kotas, les Bambambas, les Kwelés et certains Mbetis, pendant un "*festival*" qui est une cérémonie symbolisant le courage et la bravoure d'un garçon, dure plus d'un mois. Loin d'être un simple fait de se débarrasser du prépuce, elle marque non seulement le passage d'un adolescent à la vie adulte, mais aussi une adhésion irréversible à un cercle d'initiés solidaires où le dévoilement des secrets d'initiation conduit, sans autre forme de procès à la mort (par une maladie incurable) du traître.

- **Le Ndzobi** : véritable société initiatique et secrète réservée aux hommes est une véritable institution chez les Mbetis, les Tékés, les Kotas de la Cuvette-Ouest, ainsi que les Obambas et les Nzabis. C'est un ensemble de croyances et de pratiques magico-culturelles ayant pour buts de soigner les malades, de punir les malfaiteurs (voleurs, assassins, comploteurs, sorciers etc.) et de protéger la société. Les rites (culte, initiation, sacrifices) du Ndjobi sont réservés aux seuls initiés et entourés d'un secret total. La violation de ces principes et de l'espace du sanctuaire (situé toujours en forêt) est sanctionnée par une mort brutale du contrevenant. Cependant, l'adhésion n'est pas

irréversible, car un initié peut, selon son vouloir, cesser d'appartenir au groupe et demander l'anéantissement des pouvoirs qu'il avait acquis.

I.2.4. L'éducation traditionnelle

Comme l'écrit Pierre ALEXANDRE (1973) : *"L'éducation traditionnelle africaine visait l'intégration harmonieuse de l'individu dans le groupe social, conformément au statut que lui assignait son sexe, son rang de naissance, la fonction sociale de ses parents... Il s'agissait d'enseigner à l'enfant, à la fois les techniques nécessaires à la vie individuelle et collective, et les éléments non matériels constituant la culture du groupe ou certains d'entre eux"*.⁴

L'éducation traditionnelle au Congo assurait le plein épanouissement mental, physique et intellectuel de l'enfant en même temps qu'elle assurait sa socialisation. L'enfant apprenait à l'école de la vie où tout adulte était plus ou moins un maître. Il n'était pas placé dans une situation éducative institutionnalisée où des spécialistes de l'enseignement se chargeaient de sa formation. Au fur et à mesure qu'il grandissait, on le plaçait devant des situations de la vie courante.

Pierre Erny (1973) reconnaît qu'en Afrique noire *"une grande partie de l'action éducative des adultes sur les enfants se déroule sans que ni les uns ni les autres ne s'en rendent vraiment compte"*.⁵

Même si l'enfant regardait, écoutait et reproduisait par lui-même, les adultes veillaient toujours à ce que la théorie soit suivie de la pratique. Le but était de former un être capable de subvenir non seulement à ses propres besoins, mais aussi à ceux de son clan et de la société, sachant que la vie de chacun n'avait de valeur qu'à l'intérieur des liens étroits du clan. Cette éducation servait aussi et surtout à véhiculer aux jeunes générations le respect et la pratique des rites, us et coutumes de la collectivité ; en particulier les interdits et les tabous dont la transgression entraînait les représailles quelquefois très graves. Chez les Mbetis, par exemple, tout homme doit s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec une femme pendant la période des menstrues, au risque de

⁴ Cité par Pierre ERNY dans : L'enfant et son milieu en Afrique noire, essai sur l'éducation traditionnelle, Payot, Paris, p. 3.

⁵ ERNY (P.) : L'enfant et son milieu en Afrique noire, essai sur l'éducation traditionnelle, Payot, Paris, p. 3.

tomber malade. Il est, par exemple, aussi interdit de passer avec une source de flamme derrière le dos d'une femme enceinte, celle-ci risquerait de mettre au monde un enfant malvoyant.

L'éducation que l'enfant recevait était totalisante et polyvalente et se faisait essentiellement de façon orale.

I.2.5. La tradition orale

Au Congo, l'écriture n'existait pas avant l'arrivée des missionnaires européens, cependant la tradition orale était particulièrement développée et riche.

En Afrique, en général, et au Congo en particulier, les vieilles gens sont encore des puits de "*science*" qu'ils lèguent aux jeunes générations par le biais du bouche à oreille. Ils transmettent des connaissances sur les origines des peuples, les rapports avec les peuples voisins, l'histoire souvent épique des grands chefs de clans et des royaumes, les enseignements des ancêtres, le respect des interdits permettant d'éviter la colère des génies et toutes sortes de rites et de recettes permettant de guérir une maladie.

Les femmes aussi contribuent largement à enrichir cette tradition orale par leurs chants au cours des veillées mortuaires, au moment de bercer un enfant ou pendant des travaux champêtres collectifs.

La sagesse des anciens se transmet aussi, de manière plus élégante et moralisante, par le biais des nombreux contes, devinettes et proverbes qui sont l'apanage de toutes les ethnies congolaises.

A l'heure de l'audiovisuel et des nouvelles technologies, les vieux sages analphabètes trouvent là des supports facilitateurs pour perpétuer une tradition aussi vieille que l'humanité ; car le principal problème de l'oralité est que, les connaissances disparaissent parfois avec leurs détenteurs. D'où la célèbre maxime énoncée à cet effet par Amadou Hampaté Bâ : "*en Afrique, un vieillard sage qui meurt est une bibliothèque qui brûle*". Ne dit-on pas, d'ailleurs, dans le langage courant que "*les écrits restent et les paroles s'envolent !*" En d'autres termes, la pérennité qui caractérise l'écriture en fait un moyen efficace pour conserver l'information sous une forme de référence durable.

Malgré cette perte possible de l'information que nous venons d'évoquer, l'expression orale est, de nos jours, omniprésente au sein de la société congolaise. Le pays possède pourtant un grand nombre d'écrivains de talents reconnus dans les milieux littéraires internationaux, mais la parole revêt une importance particulière. Presque tout se communique de façon verbale, à tel point qu'on ne peut pas se passer d'adresser la parole aux autres (voisins, parents, amis), même aux personnes que l'on ne connaît pas. Cette habitude se retrouve même au sein de l'administration pourtant composée principalement de personnes instruites. A titre d'exemple, lorsqu'une note de service est affichée, dans une administration ou une entreprise congolaise, il suffit qu'elle soit lue par une ou deux personnes. Certains fonctionnaires ou employés préfèrent et se contentent de s'informer directement auprès de leurs collègues de la prise d'une décision concernant leur service plutôt que de lire les affiches.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

II.1. LA REPRESENTATION

II.1.1. Origine et importance :

Nous agissons ou réagissons en fonction de notre représentation, de la situation présente et de notre environnement.

Le concept de représentation est avec celui du "*handicap*" au centre de notre étude. Concept "*carrefour*", il est étudié dans plusieurs branches et dans plusieurs disciplines des sciences sociales et de l'homme (philosophie, économie, sociologie, anthropologie...) et aussi de façon abondante en psychologie suivant plusieurs approches.

La notion de représentation trouve son origine dans la philosophie antique chez PLATON, qui, en décrivant le "*mythe de la caverne*", soutient que la vision que nous avons des situations n'est que le reflet de la réalité.

Le philosophe Emmanuel KANT est le premier à avoir utilisé, de façon explicite, le concept de représentation. Puis le sociologue Emile DURKHEIM l'a étudié en termes de "*représentations collectives*", focalisant ainsi la primauté du social sur l'individuel. La représentation serait produite alors à partir des interactions existant entre les individus et serait nécessairement de ce fait collective.

Serge MOSCOVICI (1961) ayant repris le concept dans ses travaux y voit des aspects psychologiques, cognitifs, dynamiques et évolutifs, tout en gardant l'aspect social. Le point de référence qui fonde le courant psychologique est donc la systématisation de MOSCOVICI selon laquelle les "*représentations sociales*" seraient générées par l'existence de groupes et seraient considérées alors comme organisatrices des rapports sociaux entre et à l'intérieur de ces groupes. Elles sont à l'origine de la normalisation des comportements, des attitudes et des conduites. Cet auteur considère les représentations comme "*des théories, des sciences collectives destinées à l'interprétation*

et au façonnement du réel. Elles déterminent le champ des communications possibles partagées par les groupes et règlent par la suite, les conduites désirables ou admises" ⁶.

La notion très vaste de représentation s'avère utile en ce sens qu'elle apparaît comme le concept-clé, susceptible de rendre compte à la fois des conduites et des vécus des différents partenaires sociaux et de leurs considérations socioculturelles.

Cette notion est devenue centrale en psychologie en général et en psychologie cognitive en particulier. Pour M. Denis (1993)⁷, *"l'importance prise par le concept de représentation en psychologie exprime la nécessité, exprimée par les chercheurs, de disposer d'un concept possédant un niveau relativement élevé, de généralité et permettant de rendre compte de certaines déterminations des conduites"*. Utilisées pour palier aux insuffisances du schéma béhavioriste, les représentations constituent un cadre d'étude et de référence pour les chercheurs en quête d'un concept pouvant rendre compte des attitudes, opinions et des conduites permettant de cerner la qualité des relations intergroupes et intragroupes.

En psychologie, on relève à peu près quatre approches de la représentation :

- l'approche psychanalytique
- l'approche génétique
- l'approche psychosociale
- l'approche cognitiviste

Notre démarche au cours du présent travail s'inscrit surtout, aux plans théorique et méthodologique, au niveau des deux dernières approches précitées.

Quelle que soit l'approche, toute étude de la représentation doit préciser l'objet de celle-ci, son contenu et sa fonction. Les diverses approches psychologiques du concept de représentation s'accordent sur le fait que la représentation n'existe que par rapport à un objet (concret ou abstrait).

"Il n'y a pas de représentation sans objet" ⁸.

"Toute représentation est représentation de quelque chose" ⁹.

⁶ S. MOSCOVICI, (1961), La Psychanalyse, son Image et son Public, PUF, Paris.

⁷ DENIS M., Images et Cognition, (1989), PUF, Paris, p. 31.

⁸ JODELET D., Les représentations sociales (1993), Paris, PUF, p. 37.

⁹ DENIS M., Modèles et concepts pour la science cognitive (1993), Grenoble, PUF, p. 98.

Nous abordons le concept de représentation en rapport avec le "handicap" qui est un phénomène individuel et social particulier. L'objet des représentations que nous étudions, c'est donc : le handicap, les handicapés, la personne handicapée ou toute autre métaphore du handicap ; dans un contexte socio-culturel congolais.

Dans cette section, nous présentons, dans un premier temps, des définitions du concept complexe et polysémique de "*représentation*", à travers les points de vue de quelques auteurs et diverses approches. Ensuite, nous proposons une définition du mot "*handicap*" avant de délimiter nos objets d'étude et les démarches de notre travail.

II.1.2. Définitions :

En raison de son caractère polysémique, le concept de représentation demeure un concept complexe, mais dont la validité et la fonction sont attestées par les pratiques qui s'y réfèrent : reproductions graphiques, images, mythes... Il permet de rendre présent quelque chose d'absent. Il y a représentation si le sujet situe clairement et explicitement l'objet en cause dans son propre espace intérieur. C'est dans son interaction avec le réel que le sujet forme et construit ses représentations.

Henri PIERRON (1978) définit schématiquement la représentation comme "*le contenu concret de la pensée (relatif à un objet donné)*"¹⁰. Serge MOSCOVICI (1961) et René KAES (1968) à partir d'objets d'étude différents, s'accordent à définir la représentation comme produit et processus d'une activité de construction mentale du réel par un appareil psychique humain.

Selon Jacques VAUCLAIR (1987) : "*l'acceptation de ce concept, tel qu'il est admis par un nombre croissant de psychologues, désigne la capacité pour un organisme de produire une réponse en l'absence d'un stimulus extérieur. Autrement dit, l'organisme est capable de se représenter une (ou plusieurs) propriété (s) d'une expérience antérieure et cette propriété lui sert d'indice pour choisir la réponse appropriée*"¹¹. Jean-François LENY définit de façon générale "*une représentation*" comme un "*ensemble structuré de*

¹⁰ PIERRON H. ET AL, (1978), Vocabulaire de la psychologie, Paris, Bordas, p. 339.

¹¹ VAUCLAIR J., (1987), Représentation et intentionnalité, PUF, Paris, p. 67.

symboles qui entretiennent - séparément et par groupes - une relation biunivoque de correspondance avec un univers" ¹².

Robert MARTIN (1983) ¹³ distingue pour sa part deux types de représentations :

- les représentations-connaissances *qui sont "un ensemble de connaissances, de jugements de valeurs, de prévisions, qui s'est formé peu à peu et se manifeste de façon éparsé dans une forme sans doute peu organisée",*
- *"les représentations-conduites" qui correspondent aux "composants déclencheurs des motivations humaines (identifications, imitations, désirs).*

Les informations, les acquisitions et les savoirs du sujet constituent les représentations-connaissances qui jouent dans la construction des représentations. Les représentations-conduites orientent l'action d'un individu vers l'accomplissement d'un objectif.

Michel DENIS (1976) définit en effet les représentations comme *"l'ensemble des acquisitions d'un individu [...] dans ses structures mentales et pouvant être évoquées lorsque les situations l'exigent sous forme d'image, de concept, de notions"* ¹⁴. Cette définition de DENIS M. fait référence à l'inscription en mémoire à long terme de la connaissance que l'être humain possède des objets. Et c'est à travers une expérience cognitive, réponse verbale ou graphique par exemple, que l'individu pourra témoigner de l'actualisation de la représentation.

Pour Roger PERRON (1990) ¹⁵ : *"Il n'y a représentation que si le sujet la situe clairement dans son propre espace interne, que dès lors on peut considérer comme un espace représentatif. Si le sujet pose la réalité en cause dans le monde extérieur, alors il y a deux cas possibles. Ou bien c'est une perception, c'est-à-dire que toute personne présente situera aussi cet objet dans le monde extérieur comme objet de regard commun. Ou bien c'est une hallucination, c'est-à-dire que cet objet ne sera pas perçu par les autres"* ¹⁶. Ce qui pousse cet auteur à concevoir une *"hallucination"* comme une représentation qui se donne frauduleusement comme une *"perception"*.

¹² LENY J.F., (1989), Science Cognitive et Compréhension du Langage, Paris, PUF, p. 165.

¹³ MARTIN R., Représentations et Professions, Table Ronde Internationale sur les représentations, 2e Session, Montréal, 7-10 Oct. 1983.

¹⁴ DENIS M. DUBOIS D. (1976), La Représentation Cognitive, Année Psychologique, Paris, p. 543.

¹⁵ PERRON (1990), Représentations et Handicaps : Vers une clarification des Concepts et des Méthodes, CTNERHI, Paris, PUF, p. 203.

¹⁶ Idem p. 203.

D'un point de vue plus objectif ou plus scientifique, le même auteur affirme que *"la représentation ne peut s'affirmer, s'authentifier et prendre réellement statut de représentation que si elle est communicable, c'est-à-dire si elle peut faire l'objet d'une vérification en autrui, vérification qui consiste à établir qu'autrui peut former une représentation homologue"*.

II.1.3. La représentation et quelques concepts proches :

Par son caractère polysémique et complexe, le concept de représentation engendre souvent des confusions avec d'autres mots tels que le concept, l'image, l'opinion, l'attitude et le stéréotype. Pour un souci de clarté dans la suite de notre travail, il nous paraît nécessaire de relever les liens et les nuances qui existent entre ces différents mots.

II.1.3.1. Qu'est-ce qu'un concept ?

Il est difficile d'envisager que le langage humain puisse fonctionner sans concepts. La formation des concepts simplifie notre perception de l'environnement en nous permettant d'identifier rapidement les objets qui s'y trouvent.

Claudette FORTIN et Robert ROUSSEAU (1992) définissent le concept comme *"une représentation mentale abstraite qui permet de regrouper les objets sur la base de leurs attributs et qui simplifie ainsi notre représentation du monde"*¹⁷.

Les mêmes auteurs font une petite distinction entre le *"concept"* et le terme *"catégorie"* qui *"est généralement considérée comme un regroupement d'objets concrets illustrant le concept. Le concept contrairement à la catégorie est une représentation mentale abstraite et ne fait référence à aucun objet concret en particulier"*¹⁸. En d'autres termes, la catégorie fait référence à une collection ou classe d'objets qui sont des exemplaires du concept qui, lui est abstrait. C'est exactement ce qu'affirme un aphorisme bien connu en psychologie cognitive : *"le concept de chien n'aboie pas"*.

¹⁷ FORTIN et R. ROUSSEAU (1992), Psychologie Cognitive : une approche de l'Information, PUQ, Québec, p. 361.

¹⁸ Idem p. 327.

Le concept peut aussi être plus ou moins englobant. Le concept d'animal est, par exemple, plus général que celui de chat et la catégorie représentée mentalement par le concept d'animal contient un nombre beaucoup plus grand d'exemplaires. Le concept de chat siamois, par exemple, est encore plus restreint que le concept de chat.

Jean-François LENY (1989) ¹⁹ conçoit le concept comme une sorte de "*représentation mentale conceptuelle*" et soumise à des règles. Il distingue des concepts familiers à forte composante perceptive et figurative des autres qui sont peu familiers et beaucoup plus abstraits. Le concept de "*handicap*" que nous étudierons un peu plus loin entrerait dans la deuxième catégorie.

Les concepts sont à l'origine de ce que J.F. LENY appelle les "*représentations mentales conceptuelles*" qui sont une catégorie de représentations particulières, liée à l'usage forcément nécessaire du langage comme support pour leur expression.

II.1.3.2. Représentation et image

Pour le sens commun la représentation est synonyme d'image. Selon J.C. SPERANDIO (1983), le mot "*image*" renvoie plutôt au "*modèle interne concret ou abstrait des objets auxquels elle se rapporte et non à leur vision mentale*" ²⁰.

L'image en tant que simple perception est le "reflet interne d'une réalité externe, copie conforme dans l'esprit de ce qui se trouve hors de l'esprit. Elle est donc la reproduction passive d'une donnée immédiate" ²¹, selon Serge MOSCOVICI.

La représentation par contre n'est pas passive : elle nécessite une véritable action, d'où son caractère dynamique.

Pour C. FORTIN et R. ROUSSEAU (1992) "*l'image, comme le concept, constitue également une représentation mentale, mais concrète, c'est-à-dire qu'elle présente une analogie évidente avec l'objet qu'elle représente sur le plan sensoriel*" ²².

¹⁹ J.F. LENY (1989), Science Cognitive et Compréhension du Langage, PUF, Paris, p. 54.

²⁰ SPERANDIO J.C., L'Ergonomie du Travail Mental, Masson, Paris, 1983, 2ème édition.

²¹ MOSCOVICI S., La Psychanalyse, son image et son Public, 1961, PUF, Paris

²² FORTIN C. et ROUSSEAU R. (1992), Psychologie Cognitive : une approche de l'Information, Presses Universitaires du Québec, Québec, p. 361.

En se référant aux travaux de M. DENIS (1979, 1989), de solides arguments ont été avancés depuis une trentaine d'années en faveur de l'existence de représentation de nature imagée par un certain nombre de chercheurs, notamment PAIVIO, KOSSLYN et SHEPARD. Les données expérimentales invoquées en faveur de la spécificité de ces représentations proviennent des études sur la rotation mentale d'objets, l'exploration mentale de parcours, la sériation mentale d'objets et l'analyse des représentations mentales des déplacements.

Les images sont donc à la base des "*représentations imagées*" liées à des "*codes imagés*" qui selon Jean-François RICHARD (1990) "*servent en effet à coder des informations aussi bien sur des dimensions abstraites que sur des dimensions physiques qui ont un support visuel. Le codage imagé est plus abstrait que le codage visuel*".²³.

II.1.3.3. L'opinion

Une opinion est une idée ou un ensemble d'idées, mieux un jugement vis-à-vis de quelque chose ou de quelqu'un.

Selon MOSCOVICI (1961), l'opinion est d'abord une formule valorisée socialement à laquelle le sujet adhère, ensuite une prise de position par rapport à une polémique sociale. De ce fait, elle a un lien avec le comportement, et implique une réaction d'un individu vis-à-vis d'un objet.

P. VERGES (1976) fait également une distinction entre la représentation et l'opinion qui serait plutôt "*une réponse à un stimulus (la question) pour un sommaire repérage idéologique, mais aucune des propriétés essentielles de la représentation n'est en jeu*"²⁴.

Le concept "*d'opinion*" a un caractère systématique comme celui de "*l'idéologie*". Cette dernière étant considérée comme un système d'idées qui conditionne le comportement individuel et collectif ; avec en plus un appareil qui la défend et la préserve. L'étude de la représentation n'est pas l'étude d'une opinion momentanée et fragmentaire. Elle s'effectue à partir d'une variété d'informations, de perceptions,

²³ RICHARD (J.F.) : Traité de Psychologie Cognitive n° 2 ; Dunod ; Paris ; 1990 ; p. 37.

²⁴ VERGES P., Les Représentations, Textes réunis par B. Schiele et C. Belisle (1976), Editions Coopératives Albert Saint Martin, Canada, Volume VI, p. 376.

d'images, de croyances, d'attitudes dans un système expressif déterminé. Pour René KAES cette construction de la réalité intègre une dimension psychologique et une dimension sociale.

II.1.3.4. L'attitude, le stéréotype et la représentation

L'attitude est considérée comme une organisation psychique qui donne une orientation négative ou positive par rapport à un objet, et ne peut se substituer à la représentation. Mais la représentation peut générer des attitudes et aider à leur compréhension.

Le stéréotype est constitué d'attributs et de propriétés que l'on rattache à une personne ou à un objet en fonction de son image et des valeurs auxquelles chacun se réfère. C'est une image statique, peu dynamique.

Selon S. FEARD, J.P. DESCHAMPS et R. GUEGUEN (1990) "*Le stéréotype désigne des catégories descriptives simplifiées par lesquelles nous cherchons à situer autrui ou des groupes d'individus. Ce terme, d'après Lippman, désigne des images mentales qui s'intercalent entre la réalité et notre perception. Elles provoquent une simplification ou une orientation sélective de nos perceptions et peuvent aboutir à des distorsions plus ou moins graves de la réalité, c'est-à-dire par rapport aux reflets et aux produits des images du monde social*".²⁵

Pour les mêmes auteurs, deux grands principes régissent le stéréotype : la schématisation et l'attitude réactionnelle à une situation collective. La schématisation étant en quelque sorte le caractère limitatif de l'apport du stéréotype au concept de représentation sociale, l'attitude réactionnelle, quant à elle, peut rendre compte d'un certain univers de la représentation sociale. L'analyse des stéréotypes contribue à éclairer les représentations sociales liées à la personne handicapée. Elle montre que des catégorisations anciennes, telles que fou ou infirme préexistent.

Si les stéréotypes ont essentiellement une dimension collective, ils dépendent aussi des structures propres à la personne elle-même et de l'expérience individuelle. Cependant, le stéréotype n'est qu'un aspect partiel de la représentation, il permet d'étudier son organisation et ses caractéristiques.

²⁵ FEARD (S.) et al : Les stéréotypes : Constructions mentales du social, l'exemple de l'enfant handicapé, in : Représentations et Handicaps ; CTNERHI ; PUF ; Vanves ; 1990 ; p. 117.

La représentation sociale s'oppose au stéréotype par son côté globalisant. Elle est la traduction de relations complexes, réelles et imaginaires, objectives et symboliques que le sujet entretient avec un objet.

Les représentations sociales sont spécifiques par leurs caractères systémiques et dynamiques, leur vocation est de permettre un repérage dans l'univers matériel et social où l'aspect structural et cognitif domine. Les stéréotypes sont en quelque sorte des indicateurs ponctuels d'un système d'images globales ayant une fonction de discrimination. Les représentations, quant à elles, sont destinées à la découverte du réel, elles ont une fonction d'intégration.

En bref, les représentations se situent sur des dimensions d'informations, de concepts, d'images, d'opinions, d'attitudes et de stéréotypes sans toutefois se réduire à ces dimensions. Elles traduisent des relations complexes et se situent à deux niveaux :

- celui des connaissances et du cognitif ;
- celui des conduites insérant l'affectif et le cognitif.

En génétique et selon Jean PIAGET (1968) ²⁶, la représentation renvoie à la notion d'image qui est "*une copie ou une reproduction intérieure de l'objet mais personnelle*". Cette reproduction suppose l'utilisation d'un signifiant pour évoquer un signifié. Lorsque l'enfant évoque ou reproduit l'objet absent, on peut supposer qu'il y a acquisition.

L'approche psychanalytique intègre la dimension affective dans le processus de représentation. Ainsi, pour René KAES (1968) ²⁷, "*la représentation est une activité propre au sujet qui s'approprie et transforme de manière affective le réel. On ne se représente que ce que l'on perçoit*". Or pour cette approche, la perception est affective. Le sujet se représente les objets en fonction de sa mémoire, mais aussi en fonction de ses préoccupations affectives.

La psychanalyse s'intéresse aux représentations individuelles et aux représentations sociales sous leurs formes "*Conscientes*" ou "*Inconscientes*". FREUD ²⁸ distingue dans la représentation deux processus :

- les processus primaires : représentation des choses (percepts, affects, images) ;

²⁶ PIAGET J. (1968), La Formation du Symbole chez l'enfant, Paris, PUF, p. 71.

²⁷ KAES R. (1968), Image de la Culture chez les Ouvriers Français, Paris, PUF.

²⁸ S. FREUD, Représentation des rêves/

- les processus secondaires : représentation des mots (concepts, sentiments, idées).

La représentation des choses et la représentation des mots sont liées par des "*représentations intermédiaires*", c'est-à-dire que pour passer des représentations des choses aux représentations des mots, on passe par des représentations intermédiaires qui viennent chez le patient, parce qu'il est soumis à la règle fondamentale de l'association libre. Grâce à ces associations, on peut explorer des représentations associées, qui ont produit des sens.

Les processus primaires témoignent de "*l'Inconscient*", ils traduisent les contenus inconscients de même que les processus secondaires traduisent des contenus conscients. La représentation du "*trauma*" par exemple est refoulé à l'Inconscient. Faire un travail de représentation, c'est faire un travail de mise en mots, de symbolisation en passant de l'Inconscient au Conscient par l'intermédiaire du Préconscient.

II.1.4. L'approche psychosociale des représentations

L'approche psychosociale s'intéresse principalement aux représentations conscientes, aux plans individuel et social. Le modèle théorique et méthodologique le plus connu est celui élaboré par Serge MOSCOVICI (1961) qui, avec son équipe, a utilisé le questionnaire d'enquête, suivi des entretiens individuels pour étudier les représentations sociales. Au cours de ce travail, nous nous inspirerons, en parties, au plan méthodologique, de la démarche adoptée par MOSCOVICI et son équipe afin d'étudier les représentations des sujets congolais sur le phénomène du handicap.

MOSCOVICI (1961) ²⁹ décrit comment l'image de la psychanalyse s'insère dans des systèmes préalables de classifications, de typologies de personnes et d'événements. Il évoque les représentations sociales, auxquelles il reconnaît un rôle de régulateur des conduites sociales, pour décrire les phénomènes sociaux.

MOSCOVICI (1961) ³⁰ soutient que les processus d'ancrage et d'objectivation président à la genèse et au fonctionnement des représentations.

²⁹ S. MOSCOVICI, (1961), *La Psychanalyse, son Image et son Public*, PUF, Paris.

³⁰ S. MOSCOVICI, *idem*.

II.1.4.1. L'Objectivation

Par ce processus la représentation fait correspondre des choses aux mots, en rendant concret ce qui est abstrait, c'est-à-dire qu'elle matérialise les concepts. L'objectivation comporte deux phases :

- *le sujet ou le groupe sélectionne d'abord les informations circulant sur les objets de représentation en fonction des critères culturels et normatifs : c'est la phase de "rétention sélective" ;*
- *le sujet ou le groupe s'approprie les éléments extraits du discours initial, c'est-à-dire du champ scientifique auquel ils appartiennent pour pouvoir les utiliser ; les informations sélectionnées changent alors de contexte pour intégrer l'univers du groupe : c'est la "décontextualisation".*

Concernant notre travail, l'objectivation est donc le processus permettant à nos sujets de sélectionner les informations circulant à propos du handicap, de la personne handicapée et des situations de handicap. Ces objets de représentation sont à la fois individuel ou humain, et social ou collectif.

Ces concepts seront changés en objets de perception. Selon MOSCOVICI (1961)³¹, *"les concepts cessent d'apparaître comme des images établies, habituelles, pour se muer en véritables catégories de langage et de l'entendement (des catégories sociales certes) propres à ordonner les événements concrets et à être étoffées par eux"*³²

II.1.4.2. L'ancrage

Il assure la fonction de transformation puis d'insertion et d'intégration d'un savoir, d'une science en objet. L'ancrage met en oeuvre l'enracinement social de la représentation et de son objet. C'est le processus de familiarisation qui transforme ainsi ce qui est scientifique et inaccessible en quelque chose de familier, de personnel de propre en soi;

³¹ S. MOSCOVICI, Idem, p. 315.

³² R. GHIGLIONE (1990), *Traité de Psychologie Cognitive 3*, Dunod, Paris, p. 128.

Selon GHIGLIONE (1990), "*le processus d'ancrage consiste en l'incorporation de nouveaux éléments de savoir dans un réseau de catégories plus familières*".

Les récentes recherches dans le domaine des processus cognitifs de la représentation font correspondre l'ancrage à trois fonctions :

- la fonction cognitive d'intégration de la nouveauté ;
- la fonction d'interprétation de la réalité ;
- la fonction d'orientation des conduites et des rapports sociaux.

Ainsi, à travers ce processus d'ancrage, des sujets peuvent procéder à une "*domestication*" des objets (les situations de handicap ou la personne handicapée par exemple) afin de les rendre moins étrangères et en accord avec leur système symbolique.

Pour MOSCOVICI (1961)³³, "*l'objectivation transfère la science dans le domaine de l'être et l'ancrage la délimite dans celui du faire pour contourner l'interdit de communication*".

Si on attribue un caractère social à la notion de représentation, c'est parce qu'elle contribue à définir un groupe social dans sa spécificité. Les représentations sociales sont considérées comme une forme de connaissance sociale. Cette connaissance nous est donnée par des informations et des communications, des manières de penser, des valeurs sociales, mais aussi de la pratique (contact ou prise en charge des personnes en situation de handicap par exemple).

Les représentations sociales sont comme des témoins des échanges entre les sujets et les réalités de leur travail, entre les sujets et les réalités sociales auxquelles ils sont confrontés.

La représentation sociale selon MOSCOVICI (1961) est un ensemble d'opinions analysables selon trois principes :

- l'information qui renvoie à la somme des connaissances qu'un individu possède sur un objet social ;

³³ S. MOSCOVICI, (1961), *La Psychanalyse, son Image et son Public*, PUF, Paris.

- le champ de représentation, qui est complexe et exprime l'idée d'une organisation du contenu, le caractère plus ou moins riche de ce contenu ainsi que les propriétés de cette représentation.
- l'attitude, qui est considérée comme la dimension "*primitive*" de la représentation et exprime l'orientation (générale ou individuelle), positive ou négative vis-à-vis de la représentation.

L'approche psychosociale privilégie l'aspect collectif des représentations mais tout en leur reconnaissant un aspect cognitif.

II.1.5. L'approche psycho-cognitive des représentations

Le concept de représentation occupe une place importante dans les sciences cognitives en général et en psychologie cognitive en particulier. Les auteurs dans ce domaine distinguent plusieurs formes de représentations, ce qui fait que le terme est souvent évoqué au pluriel.

Norbert SILLAMY (1989) ³⁴ définit la psychologie cognitive comme "*une discipline qui a pour objet les mécanismes de la pensée grâce auxquels s'élabore la connaissance, depuis la perception, la mémoire et l'apprentissage, jusqu'à la formation des concepts et au raisonnement (logique)*".

Le concept de représentation a fait son apparition, au moment où la psychologie cognitive réagissait contre les approches exclusivement centrées sur le comportement.

L'approche cognitive se donne pour rôle l'analyse, la modélisation et la systématisation dans l'étude des représentations, concernant leur nature, leur forme, leur fonctionnement et leur processus d'évolution.

Selon J.M. HOC (1987)³⁵, une représentation, c'est "*la possibilité qu'a le système cognitif de disposer des caractéristiques d'un objet en son absence*". Ensuite F.J. VARELA (1989) ³⁶, définit la représentation comme "*le critère qui permet d'évaluer*".

³⁴ N. SILLAMY (1989), Dictionnaire de la Psychologie, Librairie Larousse.

³⁵ HOC J.M., Psychologie Cognitive de la Planification, Presses Universitaires de Grenoble, 1987, p. 29.

³⁶ VARELA F.J., Connaître les Sciences Cognitives : tendances et perspectives, Paris, 1989, Edition du Seuil, p. 90

la cognition". En ce sens, les représentations sont un système qui atteste des formes et modalités de connaissances, elles sont une science de la cognition, définie par CODOL (1989) ³⁷ comme "*l'ensemble des activités par lesquelles les informations sont traitées par un appareil psychique : comment il les reçoit, comment il les transforme et les organise, comment il construit ainsi des représentations de la réalité et élabore des connaissances*".

Jean-François RICHARD (1990) ³⁸ à son tour distingue trois formes de représentations qui correspondent aux trois types majeurs d'appréhension de la réalité :

- les représentations propositionnelles qui expriment les structures prédicatives caractéristiques du langage, lesquelles sont à la base de sa fonction majeure de communication et de transmission d'informations ;
- les représentations imagées qui expriment les structures spatiales caractéristiques de la perception visuelle ;
- les représentations liées à l'exécution des actions et reposant donc en grande partie sur la sensori-motricité ; elles expriment prioritairement les enchaînements, les transformations et successions des états et constituent donc une forme d'expression privilégiée des structures temporelles.

Dans la perspective psychologique, la représentation cognitive correspond à "*l'ensemble des acquisitions d'un individu au plan des structures mentales. Ce sont des acquisitions stockées en mémoire appelées connaissances*" ³⁹.

Les travaux de Jean-François LENY (1985) consacrés à l'étude des représentations cognitives, en majorité pendant les années 1980, constituent à la fois la base théorique et le point de départ méthodologique de notre travail, au même titre que l'approche psychosociale de S. MOSCOVICI.

Ainsi, selon LENY par "*représentation*" on entendra dès lors "*un fragment d'information structurée, stockée, existant en principe dans la mémoire d'un sujet ; les percepts, les significations des mots, les notions ou concepts, les connaissances, sont des classes de représentations*" ⁴⁰.

³⁷ CODOL (1989), in FISCHER G.N., Le Champ Social, Borda, Paris, 1990, p. 59.

³⁸ RICHARD J.F., Traité de Psychologie Cognitive n° 2, Dunod, Paris, 1990, p. 37.

³⁹ LENY J.F., Les Représentations, In Psychologie Française, n° 34, 1985, Paris.

⁴⁰ LENY J.F., Science Cognitive et Compréhension du Langage, PUF, Paris, 1989, p. 165.

Il s'agit ici comme l'entend LE NY, de représentations cognitives ou mentales, c'est-à-dire "*dans la tête*" d'un sujet et non de représentations au sens dans lequel l'entendent linguistes, logiciens, mathématiciens ou informaticiens (représentations "*sur papier*" ou "*en machine*").

L'acceptation de la notion de représentation cognitive ne suscite pas ici le rejet de l'approche psychanalytique ou subjective au profit d'une démarche exclusivement scientifique, car nous aurons recours, en plus du questionnaire, aux techniques d'entretien et d'observation psychologique pour étudier les représentations des situations de handicap en milieu congolais.

Eu égard aux points de vue des auteurs que nous venons d'analyser à partir de l'approche cognitive, il convient de noter la distinction des représentations en deux types :

- les représentations qui sont des structures de connaissance stabilisées en mémoire en long terme (représentations types) ;
- les représentations qui sont des constructions circonstanciées faites dans un contexte particulier et à des fins spécifiques (représentations occurrentes).

Les psychologues cognitivistes semblent unanimes sur cette distinction, même si les termes utilisés pour l'exprimer ne sont pas dans tous les cas les mêmes.

J.F. RICHARD (1990) ⁴¹ soutient que du point de vue du fonctionnement cognitif, la différence entre connaissance (ou représentation au premier sens) et représentation au second sens est que les premières ont besoin d'être activées pour être efficaces, alors que les secondes le sont immédiatement. Cela tient à ce que les représentations propres à une situation et une tâche constituent le contenu de la mémoire opérationnelle, à savoir les informations stockées en mémoire de travail et les informations actives de la mémoire à long terme.

Il convient d'ores et déjà de noter que les représentations des situations de handicap auxquelles nous nous intéressons font partie des représentations-types (en mémoire à long terme) et non des représentations occurrentes (momentanées).

⁴¹ RICHARD J.F., *Traité de Psychologie Cognitive* n° 2, Paris, Dunod, 1990, p. 36.

Dans l'approche psycho-cognitive de la représentation, l'accent est mis sur la construction mentale que produit l'individu lors de son interaction avec les objets de l'environnement. Cette construction est modulée par les informations reçues, les connaissances, l'expérience, la pratique et joue un rôle de régulation des conduites. Une représentation nécessite donc une activité mentale : celle d'une construction ou une reconstruction qui fait le lien entre l'environnement et les structures psychiques.

Pour nous résumer :

- * la représentation s'impose en l'absence de l'objet physique matériellement perceptible ;
- * toute représentation implique une action, mais une action intériorisée, ce qui suppose une construction mentale ;
- * la représentation joue un rôle intermédiaire entre les structures psychiques et les comportements du sujet ;
- * elle oriente l'action du sujet dans l'environnement.

Le "*handicap*" qui est à la fois un concept et un phénomène individuel et social peut générer des représentations cognitives, sociales, conscientes ou inconscientes ; que l'on peut aborder à travers le langage, les conduites, les croyances, les attitudes, selon les différentes approches que nous venons de décrire.

II.2. LE HANDICAP

II.2.1. Qu'est-ce que le handicap ?

En son sens général, le "*handicap*" se définit comme un désavantage, une infériorité. Il singularise le sujet par rapport à lui-même, mais il dépend aussi de son environnement.

L'importance des "*situations de handicap*" dans les sociétés actuelles apparaît de plus en plus considérable, compte tenu du poids psychologique, médical et socio-politique de ces situations sur la vie quotidienne des humains.

Notre recherche sur la représentation du handicap étant centrée sur le milieu congolais, nous tenons à préciser à l'attention de nos lecteurs, l'impact direct que revêtent certains concepts élaborés aux plans juridique, politique, médical et psychosociale, en France, sur la recherche et les institutions du Congo-Brazzaville (pays francophone) et ancienne colonie de la France).

En France, les termes "*handicap*" et "*personnes handicapées*" auraient une apparition relativement récente, aussi bien dans le discours quotidien que dans le langage juridique, médical et social. Ils ont progressivement englobé ou remplacé d'autres termes tels que : "*infirme*", "*invalidé*", "*paralysé*", "*mutilé*", "*débile*", certainement par la volonté des milieux associatifs et professionnels spécialisés, d'éviter les mots à caractère péjoratif et dévalorisant.

II.2.2. Origines et évolution du mot "*handicap*"

Handicap est un mot anglais qui tient son premier sens de la compétition interne de jeu. C'est une contraction de trois mots de la langue anglaise : "*hand in cap*" (ce qui signifie : la main dans le chapeau ou la casquette).

L'usage du terme handicap est passé progressivement du jeu de hasard aux courses hippiques puis au golf.

C'est au 16^e siècle, en Grande-Bretagne, qu'on le rencontre pour la première fois ⁴². Il sert à désigner un jeu de hasard dans lequel les partenaires se disputent des objets personnels dont le prix est fixé par un arbitre qui est chargé d'égaliser les chances, les mises étant placées dans un chapeau.

En 1754, le mot est appliqué à la compétition entre deux chevaux, puis en 1786 à des courses de plus de deux chevaux.

⁴² Dictionnaire des anglicismes, Dictionnaire Robert, 1984, pp. 376-377.

Ce terme de jeu, selon le Dictionnaire Petit Robert, est repris en terme d'égalisation des chances dans les courses de chevaux, servant à désigner une épreuve où la règle du jeu, compensant les avantages et les désavantages, assure l'égalité de chance.

Selon Claude HAMONET (1996), ⁴³ le mot est mentionné en France dans le supplément du "*Littré*" édité en 1877 et dans l'édition de 1935 du "*Dictionnaire de l'Académie*" avec le sens des courses à handicaps que les spécialistes définissent comme "*une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre, naturellement inégales, sont, en principe, égalisées par l'obligation faite aux meilleures de porter un poids plus grand*".

D'autres domaines de la compétition sportive ont adopté le terme "*handicap*" pour classer les joueurs selon leurs performances, le cyclisme transitoirement, puis le golf.

D'après Jean-Marc ALBY ⁴⁴, l'utilisation figurée qui nous concerne aujourd'hui (désavantage, infériorité que l'on doit supporter) est un néologisme.

De la limitation des performances des meilleurs chevaux le terme est passé au fil de l'histoire, sans une explication précise, à la limitation des capacités humaines. Il n'est pas facile de dater la période de l'extension du sens du mot "*handicap*" à celui de conséquences d'une limitation des capacités humaines, physiques ou mentales. Il semble que cette évolution tardive soit postérieure à 1906.

Le Dictionnaire Petit Robert date l'apparition du terme "*handicap physique*" à l'année 1940.

Le sens originel de l'anglicisme "*handicap*" avec une égalité de chance s'est effacé peu à peu, laissant la place à la notion de désavantage qui l'emporte et donne une nuance défavorable à ce terme.

Par ailleurs, le mot handicap devient un terme juridique, car il apparaît pour la première fois dans la législation française dans la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des "*travailleurs handicapés*". Ensuite, il a été largement utilisé et a pris une importance particulière avec la "*loi d'orientation en faveur des personnes handicapées physiques, sensorielles et mentales*" du 30 juin 1975 qui constitue le

⁴³ HAMONET (C) : Les personnes handicapées, PUF, 1996, p. 8.

⁴⁴ ALBY (J.M.) et SANZOY (P.) : Handicap, vécu, évalué ; Pensée Sauvage, Grenoble, 1987, p. 11.

fondement juridique du droit français en matière de handicaps. Cette dernière loi envisage l'intégration scolaire de tout enfant handicapé "*susceptible d'en tirer profit*".

Dans le même temps, les termes les plus stigmatisants tels que "*débile*" ou "*infirmes*" se sont vus disparaître progressivement des textes législatifs et réglementaires. Le recensement par les COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) et les CDES (Commission Départementale d'Education Spécialisée) devient obligatoire pour tous les handicapés.

Les COTOREP classaient les travailleurs handicapés en catégories A, B, C suivant la gravité du handicap. Elles se situent sur le plan médical, plus que sur les compétences professionnelles, tout en attribuant un pourcentage d'invalidité ouvrant droit à des mesures de compensation ou d'aide comme les AAH (Allocations aux Adultes Handicapés).

La loi du 30 juin 1975 ne donne pas une définition rigoureuse du handicap qui est une réalité relative et évolutive, ainsi des enfants présentant des troubles mineurs de comportement peuvent être classés "*handicapés*" par les CDES.

Sur le plan professionnel, ou mieux de l'emploi, la loi du 10 juillet 1987, contraint toute entreprise (publique ou privée) d'au moins vingt salariés exerçant en France, à embaucher 6 % des personnes handicapées parmi son effectif total, au risque de payer une contrepartie financière, qui servira à l'insertion professionnelle des handicapés.

Au fil du temps, les spécialistes du handicap et les autorités françaises ont jugé nécessaire la mise en place d'un nouveau texte législatif sur le handicap.

Ainsi, **la loi du 11 février 2005** Pour l'Égalité des droits et des chances, la Participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées, réforme la loi du 30 juin 1975 vieille de trente ans. Cette nouvelle loi, véritablement monument juridique qui comporte une centaine de pages a été signée par plus de vingt ministres et a déjà fait l'objet d'une cinquantaine de décrets d'application et d'arrêtés. Elle est une avancée considérable car elle change le regard sur le handicap. Les spécialistes du handicap et les associations pour handicapés ont été mis à contribution. Le texte du 12 février 2005 donne dans l'article L.114 une définition du handicap, ce que ne faisaient pas les textes précédents :
« 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 physiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Il s'agit d'une nouvelle conception du handicap qui prend en compte la personne handicapée dans sa globalité, quel que soit son âge. Toute cette définition s'articule autour du terme de la personne, le handicapé est d'abord une personne, aux sens humain et juridique alors qu'en 1975 le point de départ était le handicap. Le texte concerne des êtres humains, membres égalitaires d'un groupe social, saisis dans l'une de leur particularité.

Au plan de l'accès aux droits et aux chances, la nouvelle loi prévoit dans l'article 114-1 que : *« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ».*

« L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions ». Ainsi donc, par principe, la personne handicapée en tant que membre à part entière de la société, peut prétendre aux mêmes droits et chances que tous les autres. L'idée est de permettre à la personne, en fonction de son état, d'atteindre un maximum d'autonomie et de trouver les aides lui permettant de compenser son handicap.

Au plan institutionnel les COTOREP n'existent plus, la loi du 11 février 2005 tente de simplifier et d'organiser les actions destinées aux personnes handicapées à partir de deux institutions :

- La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA),
- Et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

La CNSA est l'organe unificateur des actions en direction des personnes handicapées aussi bien au plan national qu'international.

Les MDPH sont des guichets uniques décentralisés qui aident les personnes concernées, afin d'éviter qu'elles se débrouillent toutes seules dans le dédale social pour l'obtention des allocations, des prises en charge ou des aides existants. Selon le texte, la Maison Départementale des Personnes Handicapées exerce une mission d'accueil,

d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire, d'une commission, des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, d'une procédure de conciliation interne et désigne les personnes référentes. Elle assure aussi à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie, à l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Enfin, elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution du handicap.

En France comme partout ailleurs, l'usage du mot handicap devient courant et se banalise. Ces dernières années, nous assistons à une utilisation de plus en plus large de ce mot dans le monde des médias, chez les hommes politiques, les militants associatifs et sportifs, les chercheurs et enfin les organismes internationaux. Malgré son succès dans la communauté internationale, médicale et sociale, le mot "*handicap*" reste difficile à définir, car chaque langue ou chaque pays a ses mots, et il est aussi contesté par certains. C'est le cas des Américains qui le trouvent stigmatisant et qui l'ont remplacé par *disability*.

Au Congo Brazzaville, selon la principale **loi numéro 009/92 du 22 avril 1992 "portant Statut, Protection et Promotion de la Personne Handicapée"** (l'équivalent à peu près de la loi de juillet 1987 en France), "*Est considérée comme personne handicapée, toute personne frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou acquise, éprouvant des difficultés à accomplir des fonctions normales pour toute personne dite valide de même âge*". (Article 1er de la loi).

Cette définition a été élaborée en 1992, dans un contexte de protestation et de revendications socio-politiques généralisées, marqué par la tenue d'une Conférence Nationale regroupant tous les Partis politiques et toutes les Associations que comptait le Congo à cette époque. L'apport des spécialistes du handicap et des personnes en situation de handicap a été moindre. Cette loi définit le handicap en mettant l'accent exclusivement sur l'individu et la déficience que porterait celui-ci, sans prendre en compte les aspects sociaux ni environnementaux. Elle semble être l'oeuvre de quelques administrateurs et spécialistes pressés de résoudre un problème et qui n'ont pris en compte que juste quelques aspects de la classification Internationale des Handicaps. D'ailleurs, cette loi considérée comme texte de base organisant le statut et la promotion des personnes

handicapées au Congo, est restée jusqu'à ce jour sans décrets d'application, malgré son acceptation par défaut de mieux, par les multiples et dynamiques associations pour personnes handicapées congolaises.

II.2.3. Le « *Kikata* »

Au Congo, pour désigner une personne handicapée, l'expression la plus souvent utilisée en langues nationales (Lingala et Kikongo) et dans plusieurs autres langues du pays, est "*Kikata*". Ce concept qui a une connotation négative pourrait être traduit en français par : "*un incapable*", "*un paralysé*", un "*arriéré*", "*un dépendant*" voire un "*incompétent*". Il évoque l'absence de mouvement et vise souvent les handicapés physiques. Ce mot n'est rien d'autre qu'un stéréotype propice à une vision réductrice et caricaturale de la personne handicapée et de ses capacités.

Ainsi, les personnes handicapées congolaises et leurs associations ont toujours demandé que soit bannie cette expression qu'elles jugent honteuse et frustrante pour le handicapé et sa famille. Elles dénoncent l'usage du mot "*Kikata*" par certains journalistes à la radio ainsi qu'à la télévision, car cette expression est parfois utilisée par l'opinion publique comme une insulte.

De notre avis, les spécialistes congolais du handicap doivent éviter de faire usage de ce terme aussi discriminatoire que réducteur, afin de mettre en valeur ou de prendre en compte l'ensemble des potentialités souvent inexplorées des personnes en situation de handicaps.

II.2.4. Les apports de l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour la lutte contre les situations de handicaps

Les droits des personnes handicapées sont par définition les droits fondamentaux du citoyen tels qu'ils sont exprimés dans l'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme ⁴⁵ : "*Les hommes naissent et demeurent égaux en droits*", ainsi que dans le

⁴⁵ Déclaration universelle des droits de l'homme, articles 1 et 3, Nations Unies, janvier 1989.

troisième article "*Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne*". A côté de cette législation universelle, il existe une législation spécifique avec ses limites.

Les experts du Centre International des Nations Unies réunis à Vienne en juin 1986 ont considéré que trois types de législations sont susceptibles de concerner les personnes handicapées :

- 1) la législation générale touchant l'ensemble de la population qui inclut l'application de ses dispositions aux personnes handicapées ;
- 2) la législation spéciale qui s'applique à toutes catégories de personnes handicapées ;
- 3) la législation spéciale avec des dispositions touchant des regroupements particuliers, à l'intérieur de l'ensemble des personnes handicapées.

Ces mêmes experts recommandent qu'une législation spéciale ne soit utilisée que :

"... lorsque les lois et réglementations à caractère général ne peuvent pas traiter les problèmes que rencontrent les personnes handicapées, ou ne peuvent le faire dans un avenir prévisible".

"De plus, la législation sera considérée comme plus acceptable si des groupes ne sont pas perçus comme imposant aux autres des charges particulières".⁴⁶

Les apports de l'Organisation des Nations Unies sont essentiels et servent d'inducteur et de modèle aux pays membres pour une politique mondiale de lutte contre les situations de handicap. On peut constater que progressivement s'est mis en place un véritable courant mondial pour l'intégration des personnes handicapées.

Parmi les textes importants, nous citons :

- La déclaration des droits du déficient mental (20 décembre 1971) :

"Le déficient mental doit, dans toute la mesure du possible, jouir des mêmes droits que tous les autres êtres humains" (article 1).

"Le déficient mental a droit aux soins médicaux et aux traitements physiques appropriés ainsi qu'à l'instruction, à la formation, à la réadaptation et aux conseils qui l'aideront à développer au maximum ses capacités et ses aptitudes" (article 2).

⁴⁶ Rapport de la Réunion internationale d'experts concernant la législation sur l'égalisation des opportunités pour les personnes handicapées, in **Réadaptation**, supplément an n° 343, septembre-octobre 1987.

- La déclaration des droits des personnes handicapées :

"Le terme "handicapé" désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités de la vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales.

Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible" (article 5).

Par ailleurs, l'année 1981 a été décrétée par l'ONU "*Année Internationale de la personne handicapée*". Par cet acte, elle a fait progresser considérablement la prise de conscience mondiale sur les besoins et les problèmes. De cet ensemble de travaux est issu le document le plus complet et le plus précis : le **Programme d'action mondiale** en faveur des personnes handicapées. Ce petit livre de 74 pages a été adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 3 décembre 1982, lors de sa 37^e session.

Parallèlement, 1983-1992 a été décrétée Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées. Cependant le bilan de cette décennie est loin d'être très positif, au vu du retard sur la mise en place des soins aux personnes handicapées, surtout pour les pays en situation de pauvreté comme le Congo-Brazzaville.

Plus récemment l'ONU a institué par la résolution 47/3 du 14 octobre 1992 une Journée internationale des personnes handicapées célébrée chaque 3 décembre de l'année. Cette journée est devenue pour les Etats membres des Nations Unies un catalyseur pour bon nombre de décisions et d'actions en faveur des personnes handicapées.

II.3. LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPES : CIH

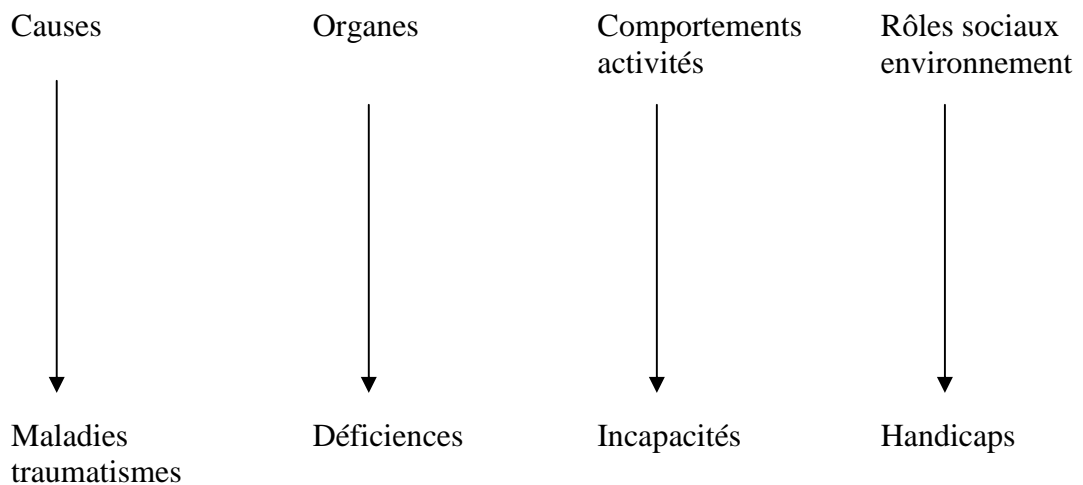
Mise au point dans les années 70 par Philip Wood (médecin de formation), la CIH, a été publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1980 dans sa version anglaise et en 1988 en français. Le document publié en 1980 en anglais était assez éloigné du document initial. Il s'agit d'un document expérimental, soumis à des révisions chaque dix ans, proposé par l'unité de la Classification Internationale des Maladies (CIM) dont le but est de classer les conséquences des maladies et des accidents à l'aide d'un nouvel outil : la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDIH).

Si la première édition en langue anglaise de la CIDIH date de 1980, la traduction française n'a été effectuée et diffusée par l'Institut National de la Santé et de Recherche médicale (INSERM) que quelques années plus tard ⁴⁷. D'après Claude HAMONET "le mot "handicap" y a été remplacé, à tort, par le mot "désavantage" ⁴⁸.

La CIDIH ne concerne plus uniquement le domaine médical comme la CIM, mais s'intéresse également aux conséquences sociales des séquelles des maladies et traumatismes. Elle tient compte, conformément à l'évolution des idées dans ce domaine, des particularités de chaque personne et de son environnement immédiat.

Les quatre éléments suivants, reliés entre eux, composent le processus d'apparition des handicaps :

- d'une part les maladies ou traumatismes (diagnostics identifiables par la CIM),
- et d'autre part, les déficiences, les incapacités et les handicaps (identifiables par la CIDIH)



La CIH a pour objectif, entre autres, de venir compléter la Classification Internationale des maladies et pour objet de clarifier la notion de handicap en distinguant trois dimensions :

- **la déficience** en tant que notion permettant d'identifier les altérations du corps, aux plans organique et fonctionnel ;

⁴⁷ Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Paris, INSERM, 1983 et CTNERHI, Paris, Diffusion PUF, 1988.

⁴⁸ HAMONET C., Les personnes handicapées, Paris, PUF, 1996.

- **l'incapacité** liée aux conséquences des déficiences en terme d'activité fonctionnelle ;
- **le désavantage**, résultant des conditions défavorables dans lesquelles peut se trouver un individu, du fait de sa déficience ou de son incapacité, dans son environnement et au regard des normes sociales en vigueur.

Ces trois notions de la CIH : déficience, incapacité et désavantage, ont permis, en déplaçant la reconnaissance du désavantage social du seul diagnostic lésionnel (la déficience) vers l'évaluation fonctionnelle (l'incapacité), puis en étendant la notion de désavantage social à l'analyse des rôles sociaux, de passer d'une vision du handicap considérée comme irréversible à une conception plus ouverte. La CIH apporte ainsi un éclairage nouveau, permettant d'affirmer que le handicap n'est pas un monolithe, tout en définissant les trois niveaux de conséquence des maladies :

La déficience. *"Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique".*

Ce champ de la déficience se situe au niveau de l'organisme, des organes d'un individu. C'est une anomalie, une malformation, une insuffisance ou une perte d'un organe, d'un groupe d'organes ou d'une fonction spécifique de ceux-ci. Elle peut être congénitale ou acquise, permanente ou temporaire. Il s'agit en quelque sorte des dysfonctionnements organiques ou psychiques que constate la personne atteinte ou son environnement, des signes qui amènent l'un ou l'autre à considérer que l'état de santé n'est pas pleinement satisfaisant, que le corps ou l'esprit n'assument pas la totalité des fonctions habituellement réalisées.

Le domaine de la déficience se voit ainsi subdivisé en neuf grandes catégories :

- 1 - Déficiences intellectuelles ;
- 2 - Autres déficiences du psychisme ;
- 3 - Déficiences du langage et de la parole ;
- 4 - Déficiences auditives ;
- 5 - Déficiences de l'appareil oculaire ;
- 6 - Déficiences des autres organes ;
- 7 - Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien ;
- 8 - Déficiences esthétiques ;
- 9 - Déficiences des fonctions générales, sensibles ou autres.

L'incapacité. *"Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain" ⁴⁹.*

Le champ de l'incapacité se situe au niveau de l'individu dans son intégrité. L'incapacité résultant de la déficience, se manifeste dans la réalité des activités et comportements quotidiens de la vie par un excès ou une diminution de certaines fonctions de l'individu. Elle peut être permanente ou temporaire, réversible ou non, progressive ou régressive. Il s'agit principalement des gênes ou impossibilités auxquelles la personne va se heurter pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Le domaine de l'incapacité se subdivise également en neuf catégories :

- 1 - Les incapacités concernant les comportements ;
- 2 - Les incapacités concernant la communication ;
- 3 - Les incapacités concernant les soins corporels ;
- 4 - Les incapacités concernant la locomotion ;
- 5 - Les incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches ;
- 6 - Les maladresses ;
- 7 - Incapacités révélées par certaines situations ;
- 8 - Les incapacités concernant les aptitudes particulières ;
- 9 - Autres restrictions d'activités.

Le désavantage. *"Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'image, du sexe et des facteurs socioculturels."*

Le désavantage est ici, le domaine du handicap et se situe au niveau de la société, c'est l'interaction entre l'individu et l'environnement. Il est une entrave au plein épanouissement d'un être humain dans son milieu de vie. Son existence et son importance dépendent des facteurs sociaux, culturels et écologiques tels que : l'âge, le sexe, le rôle social, les croyances religieuses, l'environnement... Il correspond aux répercussions négatives que la personne atteinte de déficiences ou incapacités peut connaître dans la réalisation des rôles sociaux les plus fréquents.

⁴⁹ Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Paris, INSERM, 1981, p. 109.

Ainsi, le handicap se définit par les rôles essentiels à la vie sociale d'un individu, c'est-à-dire les dimensions de l'expérience pour lesquelles la compétence de l'individu est nécessaire. La CIDIH en dénombre sept :

- 1 - L'orientation ;
- 2 - L'indépendance physique ;
- 3 - La mobilité ;
- 4 - L'occupation ;
- 5 - L'intégration sociale ;
- 6 - L'indépendance économique ;
- 7 - Les autres handicaps.

Il ressort de cette description tridimensionnelle de la CIDIH que le handicap est abordé essentiellement sur un angle médical, même si le rôle social et environnemental est relevé. Le schéma suivant, largement connu, illustre l'analyse du phénomène de handicap et ses liens avec la maladie, tels que proposés dans la classification :

maladie => déficience => incapacité => désavantage

Cependant, la CIDIH précise que ce schéma ne doit pas être interprété comme un enchaînement causal inéluctable : *"Bien que ce graphique suggère une progression linéaire, la situation est en fait plus complexe"* ⁵⁰.

La séquence peut être incomplète : une déficience ne conduit pas inéluctablement à une incapacité, tout comme une incapacité ne conduit pas automatiquement à un désavantage. Elle peut également être interrompue ou rétroactive.

Henri PAICHLER ⁵¹ fait à la fois une distinction et un lien entre la déficience et le handicap. Selon cet auteur :

"La déficience correspond à l'atteinte, aux lésions et altérations de l'organisme au plan physiologique anatomique ou mental".

⁵⁰ Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Paris, INSERM, 1983, p. 26.

⁵¹ Cité par ALBY J.M., Handicap, vécu, évalué ; Pensée Sauvage, Grenoble, 1987 ; p. 17.

Alors que "le terme handicap désigne le désavantage social, conséquence sociale de la déficience et de l'incapacité, et pouvant connaître une importance très variable suivant les milieux sociaux".

Selon Serge PORTALIER ⁵², "c'est à Le Sémissionovitch VYGOTSKY que nous devons le terme de "Défectologie"... qui qualifie tout ce qui concerne l'état déficitaire d'une personne. Son enseignement plus actuel est de rejeter une représentation entièrement négative du défaut, du déficit telle qu'elle existe traditionnellement. Il formule l'hypothèse maintenant largement admise d'une compensation optimale du déficit par l'émergence de compétences originales et nouvelles chez le sujet handicapé".

Dans le champ disciplinaire de la Défectologie, l'Equipe de Recherche Perception Cognition Handicap (P.C.H.), à laquelle nous appartenons et qui est dirigée par le Professeur Serge PORTALIER, a toujours choisi d'orienter ses recherches vers le registre cognitif de la compensation.

D'un point de vue des considérations épistémologiques, Serge PORTALIER ⁵³ précise les trois exigences qui concourent à caractériser la Défectologie comme une science :

1 - La défectologie comme une science vise "*UNE REALITE*" et s'appuie primitivement sur l'expression d'un état : celui de l'homme déficitaire. En ce sens elle s'inscrit dans les sciences de l'homme.

2 - La défectologie comme science cherche "*UNE EXPLICATION*", c'est-à-dire l'insertion de la réalité qu'elle décrit dans un système abstrait de concepts. Elle introduit, dans ce sens, une continuité dans le mouvement naturel des Sciences de la Cognition. L'intérêt de cette démarche étant de considérer l'état du déficit comme une configuration originale par rapport au statut de la normalité ou de l'anormalité... "*L'explication*" n'est plus référencée aux configurations classiques des modèles normatifs, mais s'appuie sur des propositions spécifiques propres au sujet déficitaire.

⁵² PORTALIER (S.) : Recherches en Défectologie, approche épistémologique ; Actes du Colloque Perception Cognition Handicap ; PCH ; Université LYON 2 ; LYON ; Mars 1996 ; pp. 121 et 122.

⁵³ PORTALIER (S.) : Recherches en Défectologie, approche épistémologique ; Actes du Colloque Perception Cognition Handicap ; PCH ; Université LYON 2 ; LYON ; Mars 1996 ; pp. 121 et 122.

3 - La déféctologie comme Science doit se soumettre à des critères de "*validité*" qui peuvent être explicitement formulables et faire l'objet d'un certain consensus de la part de la communauté scientifique.

II.3.1. Points de vue sur la CIH

II.3.1.1. 1. Apports positifs de la CIH

La CIH constitue, comme on vient de le voir, une source d'alimentation sur le répertoire des handicaps. Elle est devenue comme un document officiel ou un outil pédagogique, fournissant une définition du handicap à laquelle se réfèrent les textes internationaux, les politiques nationales, les institutions spécialisées, les différents corps professionnels travaillant dans le champ du handicap, les chercheurs et les associations de personnes handicapées.

. Production des textes normatifs

Les années 90 ont permis à une politique internationale du handicap de se constituer par des dispositifs législatifs circonscrivant de plus en plus précisément le référentiel de citoyenneté et d'égalité des chances des personnes handicapées, annoncé dans les orientations de la période précédente, par une prolifération de textes qui en donnent le sens et précisent les implications pour les différents organismes internationaux en fonction de leur champ respectif de compétence.

Dans la foulée des orientations énoncées par les Nations Unies et reprises par le Conseil de l'Europe, on assiste à la production et à la diffusion d'une batterie de recommandations, de guides de bonnes pratiques, de mesures législatives émanant des instances internationales et européennes orientées sur les principes de citoyenneté et de participation sociale et visant une harmonisation à terme des politiques sociales, nationales, parmi lesquelles :

- Résolution du Conseil de l'Europe qui institue : "*Une politique cohérente en matière de réadaptation des personnes handicapées*" (1992),

- Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées (1992),
- Travaux du Conseil de l'Europe sur la non discrimination et puis les législations anti-discriminatoires adoptées par un nombre croissant de pays (France, 1990 ; Allemagne, 1994 ; Grande-Bretagne, 1995),
- Clause de non discrimination dans le Traité européen d'Amsterdam en 1996.

Une fois obtenue dans les règles d'égalisation des chances des handicapés, adoptées par les Nations Unies, la reconnaissance de l'égalité des droits, une question essentielle pour les organisations de personnes handicapées résidait dans le fait d'obtenir de l'Union Européenne l'intégration d'une clause de non discrimination dans le Traité d'Amsterdam. Cette mesure contraignante pour les Etats membres leur assure une protection juridique par un recours possible auprès de la Cour de Justice Européenne.

La publication en 1980 de la CIH par l'OMS marque un grand tournant dans les représentations du handicap.

La notion de handicap est éclatée dans trois niveaux d'expérience que sont la déficience, l'incapacité et le désavantage social. L'introduction et la définition de la dimension "*désavantage social*" ont constitué une première avancée sociale dans la représentation du handicap, dans la mesure où elle introduit la notion de conséquences sociales de la déficience et de l'incapacité. La conception du handicap a franchi une étape supplémentaire en incluant l'impact de l'environnement à la déficience et à l'incapacité. Elle continue toutefois de s'inscrire dans le modèle dit "*médical ou individuel*" du handicap, qui maintient l'individu au coeur des dispositifs de réparation et de compensation.

Premier texte officiel à proposer une définition du handicap, la CIH constitue désormais l'une des bases de référence de toutes les orientations et recommandations formulées par les organismes internationaux. Elle vise aussi (sans grand succès) à s'imposer aussi comme une norme épidémiologique au niveau international en qualité d'outil classificatoire doté d'un langage commun de portée universelle.

II.3.1.2 - Les critiques à l'endroit de la CIH

La publication de la CIH a été largement appréciée par les spécialistes du handicap et les associations pour handicapés, tout en soulignant ses avantages et ses points faibles.

Le caractère international de la CIH n'est qu'un principe général. Cette classification est d'abord une "affaire" des pays occidentaux, même si elle a été publiée sous le contrôle de l'OMS, organisme spécialisé des Nations Unies en matière de santé. Les Centres collaborateurs de l'OMS pour la classification internationale des handicaps (comme le CTNERHI en France), sont occidentaux, principalement situés dans les pays développés (la France, le Canada, les Pays-Bas et la Suède) dans un premier temps. La classification une fois adoptée, l'essentiel du travail fut effectué par ces équipes, auxquelles se joignirent sporadiquement des Allemands, des Italiens et des Espagnols. Les mêmes équipes alimentèrent alors les activités du comité d'experts sur l'utilisation de la classification, réuni au sein du Conseil de l'Europe.

Ainsi les normes et les références socioculturelles qui ont servi à la rédaction de cette classification internationale des handicaps sont celles de la société occidentale, à laquelle appartiennent les spécialistes et les collaborateurs, qui l'ont élaborée et publiée. Les pays du Tiers-Monde d'Amérique du sud, d'Asie, de l'Océan indien et d'Afrique, comme le Congo Brazzaville ont été laissés pour compte. Par exemple, la description des incapacités, et dans une moindre mesure, celle des déficiences sont révélatrices des modes de fonctionnement des pays aux économies développées.

En Occident même, la CIH fut l'objet de vives critiques portant sur des détails techniques de fond et de forme.

D'après Claude HAMONET : *"Les définitions proposées ne sont pas suffisamment précises et introduisent des confusions qui se traduisent par un certain nombre d'incohérences dans la classification internationale des handicaps où tous les items sont, en quelque sorte, "décalés" vers le niveau "sus-jacent"*⁵⁴.

Ce qui fait que des incapacités telles que le langage et la parole sont classées parmi les déficiences et que des situations de handicap telles que les actes d'hygiène et de la vie

⁵⁴ HAMONET C., Les personnes handicapées, PUF, Paris, 1996, p. 34.

courante se retrouvent parmi les incapacités, le niveau handicap étant de ce fait peu développé.

Le contenu même de la classification et sa formulation sont, bien souvent, déroutants et rendent l'usage difficile.

Une autre critique essentielle reproche à la classification une description mal adaptée du handicap, se reposant sur une analyse erronée du processus de création du handicap. Malgré les démentis et les réserves formulées par les auteurs dans l'introduction du texte, bien des critiques portent sur le caractère qualifié de "*médical*" de la classification. Le schéma linéaire, situant la maladie en amont, assorti de flèches allant de la maladie vers la déficience, de la déficience vers l'incapacité, de l'incapacité vers le handicap, voire allant directement de la déficience vers le handicap, laisse penser que la maladie est seule responsable du handicap et que rien ne peut briser le schéma causal.

Selon Pascale ROUSSEL⁵⁵ deux éléments majeurs confortent cette interprétation :

- l'insuffisance de la description des désavantages comparée à l'hypertrophie des déficiences d'une part,
- et l'absence de la dimension de l'environnement d'autre part.

Cet auteur relève que le nombre de pages consacrées aux déficiences et le luxe de détails que comporte la description de certaines déficiences apparaissent non seulement comme le révélateur de la formation initiale du rédacteur de la classification, mais aussi comme le signe de l'intérêt porté à la dimension la plus médicale du handicap. Par contre, le désavantage social, pourtant annoncé par le rédacteur lui-même comme l'apport le plus novateur de la classification ne bénéficie que d'un nombre de pages cinq fois plus faible et ne permet aucunement de préciser la nature du désavantage rencontré.

La classification proposée par l'OMS comporte trois dimensions constitutives du handicap, mais toutes trois sont directement reliées à la personne, que ce soit au niveau de son corps et de son esprit, au niveau de sa personne ou au niveau de son insertion sociale. Aucune dimension n'est descriptive de la société elle-même ou de l'environnement naturel. Ainsi, en dépit du fait que l'introduction mentionne que des incapacités similaires peuvent produire des désavantages différents selon l'environnement et les normes sociales auxquelles la personne est confrontée, aucun élément de la

⁵⁵ ROUSSEL (P.) : CIH1/CIH2 : Rénovation complète ou ravalement de surface ? in Revue Handicap n° 81, CTNERHI ; Paris ; Janvier-Mars 1999 ; p. 12.

classification ne permet d'établir la part de la responsabilité de la société dans la création du handicap. La définition du désavantage souligne que les attentes varient selon l'âge, le sexe ou les facteurs socioculturels ; sans remettre en cause ni la valeur de ces attentes, ni le fait que la société dresse souvent des obstacles à la réalisation des rôles sociaux. La déficience et l'incapacité, seules, sont citées comme obstacles potentiels à la réalisation des rôles et par conséquent, facteurs de désavantage.

"Cette lecture du modèle sous-jacent de la classification considéré comme trop proche des modèles d'analyse du monde médical implique une critique de l'usage d'une terminologie négative, ne mentionnant que ce qui manque à la personne handicapée. Utiliser des termes faisant exclusivement état des "défauts" de la personne (la déficience, l'incapacité, le désavantage plutôt que l'efficacité, la capacité, l'habitude de vie ou la participation) constitue une attitude à la fois choquante du point de vue du respect auquel tout individu a droit, et inefficace du point de vue des progrès que la société doit accomplir en direction de l'intégration de chacun de ses membres" ⁵⁶.

A ces critiques de fond sur la classification se sont ajoutées un certain nombre de critiques de forme dont les plus fréquentes sont :

- le système de codage ne permet pas de différencier les deux premières dimensions ;
- le manque d'index pour la dimension des incapacités en dépit de son volume ;
- la référence presque exclusive au mode de fonctionnement des pays industrialisés de l'occident pour rédiger un texte à caractère international ou mondial. Ce qui suscite une réticence de la part de chercheurs d'autres pays comme le Congo, dans l'usage d'un tel outil.
- certaines appellations et définitions sont totalement obsolètes, faisant référence à des analyses dépassées (notamment dans le domaine des déficiences) ;
- certains classements sont mal organisés : certaines situations se trouvant réparties dans différents chapitres d'un même axe (la douleur par exemple), voire à cheval sur plusieurs axes (incontinence par exemple).
- la classification est enfin trop volumineuse et trop complexe dans son organisation et son codage. Tout désir d'usage régulier de cet outil se heurte à une première réaction de rejet de la part des utilisateurs potentiels, qu'il s'agisse de codeurs oeuvrant pour un recueil statistique ou de praticiens de terrains soucieux de

⁵⁶ ROUSSEL (P.) : CIH1/CIH2 : Rénovation complète ou ravalement de surface ? in Revue Handicap n° 81, CTNERHI ; Paris ; Janvier-Mars 1999 ; p. 13.

disposer d'une grille de lecture novatrice des situations rencontrées quotidiennement.

A la fin des années 90, la plupart de ces critiques ont été prises en compte, vu qu'elles ont permis, entre autres, d'alimenter les débats sur la révision de la CIH élaborée en 1980.

Ainsi, en 2001, une nouvelle classification a été adoptée, la C.I.F. : Classification Internationale des Fonctionnements, afin de corriger les insuffisances et les dérives de la première.

II.3.1.2.1. Substitution de la CIH par la CIF

Le 22 mai 2001, la 54^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé a adopté la « *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé* » et son acronyme : CIF⁵⁷. Elle succède à la « *Classification Internationale des Handicaps : déficiences – incapacités – désavantages* » parue en 1980 et connue sous l'acronyme CIH.

Mise au point après des tests systématiques sur le terrain, la CIF fait appel à un langage commun normalisé afin de permettre, à l'échelle du monde entier, la communication entre les diverses disciplines et spécialités scientifiques. La consultation internationale a duré cinq ans.

Les débats autour de la première comme de la deuxième classification ont été nombreux et vifs, notamment sur les questions des fondements mêmes de la notion de handicap.

La nouvelle Classification est née d'un long processus de révision dressé et piloté par une équipe de l'OMS sous la direction du Docteur Bedirhan Ustun, grâce à l'aide de sept centres collaborateurs de l'OMS et trois réseaux internationaux servant de piliers au cadre formel. Lorsque l'OMS entreprend de réviser la CIH, elle envisage aussi une extension internationale de la consultation. Or certains pays, comme le Congo, ne sont pas riches ou suffisamment organisés pour financer les recherches sur le handicap, seuls les pays industrialisés disposent d'un centre collaborateur (chacun devant financer les

⁵⁷ OMS : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) ; Privat, mai 2001.

travaux de révision sur ses ressources propres) : Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada), France, Pays-Bas, Suède, auxquels se joignent l'Australie en 1995, le Japon et la Grande-Bretagne en 1998. Quatre des cinq continents sont donc représentés ; l'Afrique reste laissée pour compte.

Cependant, les Etats-Unis ont permis à nombre de pays, concernés au premier chef par l'importance de leur population handicapée, de participer à l'entreprise de révision par le biais des "*task forces*", en mettant au service de l'OMS une partie substantielle des ressources humaines et financière qu'ils ont consacré à la révision de la classification. Tout en restant dans le cadre formel de la révision dessiné par l'OMS, la transformation des "*tasks forces*" (initialement nord-américains seulement) en réseaux internationaux permet l'extension de la consultation souhaitée par l'OMS tout en conservant aux Etats-Unis le contrôle de ce dispositif international par le financement et l'organisation des travaux de réseaux, tous présidés par un membre du centre collaborateur nord-américain, associé à un expert d'un autre pays. Le "*task force*" chargé de la santé mentale a joué un rôle particulièrement important sur le plan international, en organisant les formations à la classification et la réalisation des tests au Nigeria, en Inde et en Turquie et apportant son soutien au réseau hispanophone. Il a également assuré la traduction de la version provisoire en plusieurs langues : turc, yuruba et quatre langues de l'Inde (Tamil, Kanada, Malayam et Hindi) et contribuer aux traductions russe et espagnole.

En novembre 2000, l'OMS a invité les 191 Etats membres de l'ONU à se faire représenter à une réunion de compromis tenue à Madrid, qui marque officiellement la fin de la révision. Outre les 8 pays disposant d'un centre collaborateur (Australie, Canada, Etats-Unis, France, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), 31 autres pays d'Europe de l'Est étaient représentés et 14 d'Amérique latine. Pour l'Asie, l'Afrique noire, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient étaient représentés : la Chine, le Nigeria, Madagascar et la Jordanie. Le but de cette réunion de Madrid sur invitation officielle de l'OMS était de permettre à ceux des Etats membres, qui ne connaissaient pas la classification, d'en prendre connaissance avant son adoption finale en 2001.

La CIF est donc un outil scientifique international, devenu la base indispensable pour la standardisation des données concernant tous les aspects du fonctionnement humain et du handicap dans le monde. C'est une base conceptuelle pour la définition, la mesure et l'élaboration des politiques de santé et du handicap. Elle se veut être une classification universelle du handicap et de la santé élaborée pour être utilisée dans le secteur de la santé et ceux qui s'y rapportent.

Cette nouvelle classification a opté pour les termes positifs : le vocable "*activité*" remplace celui d'incapacité, le mot participation se substitue à celui de désavantage. De même, le concept d'intégration fait l'objet de réserves toujours plus nombreuses. Se dégageant d'une définition strictement médical de la santé et s'éloignant d'une classification des "*conséquences des maladies*", la nouvelle classification se veut être une classification du fonctionnement humain et adopte une position de neutralité vis-à-vis de l'étiologie. Sa vocation universaliste, utilisable en principe pour tout individu, justifie la suppression des termes négatifs à connotations stigmatisantes utilisés dans la première classification.

Dans la CIF, la dimension sociale du handicap est envisagée de façon plus affirmée que dans la CIH. Le handicap est défini comme le résultat de l'interaction entre la personne et l'environnement. Aussi, à la structure tridimensionnelle de la CIH, est ajoutée la dimension environnementale, qui devrait permettre d'apprécier l'influence de l'environnement sur l'état fonctionnel de la personne et sa participation sociale en termes positifs ou négatifs.

II.3.1.2.2. Le Modèle de la CIF :

Le modèle de la CIF veut corriger les dérives de la CIH en faisant la synthèse entre le "*modèle médical*" et le "*modèle social*" du handicap.

"*Le modèle médical*" conçoit le handicap comme une caractéristique de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme, ou de tout autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux donnés sous forme de traitements individuels par des professionnels. Dans ce modèle, le handicap requiert un traitement médical ou autre intervention pour "*corriger*" le problème de la personne.

"*Le modèle social*" considère le handicap comme un problème créé par la société et non pas du tout comme un attribut de la personne. Dans ce modèle, le handicap exige des réponses sociales ou politiques, puisque le problème est créé par un environnement physique inadapté lié aux attitudes et aux caractéristiques de l'environnement social.

Pris isolément, ni l'un ni l'autre de ces modèles n'est adéquat, bien que tous les deux soient partiellement valables. Le handicap est un phénomène complexe qui est à la fois un problème au niveau du corps de la personne et un phénomène complexe principalement social. Le handicap est toujours le résultat d'une interaction entre les caractéristiques individuelles et les caractéristiques du contexte global dans lequel la personne vit. Mais, certains aspects du handicap sont presque entièrement internes à la personne, alors que d'autres lui sont totalement externes.

En d'autres termes, les réponses médicales et sociales sont toutes les deux appropriées pour traiter les problèmes liés au handicap. On ne peut pas rejeter en bloc l'un ou l'autre type d'intervention.

Un meilleur modèle du handicap est celui qui fait la synthèse du modèle médical et du modèle social, sans réduire la notion complexe et vaste du handicap à l'un de ses aspects. Ce modèle sur lequel se fonde la CIF, pourrait être appelé : le "*modèle biopsychosocial*"⁵⁸.

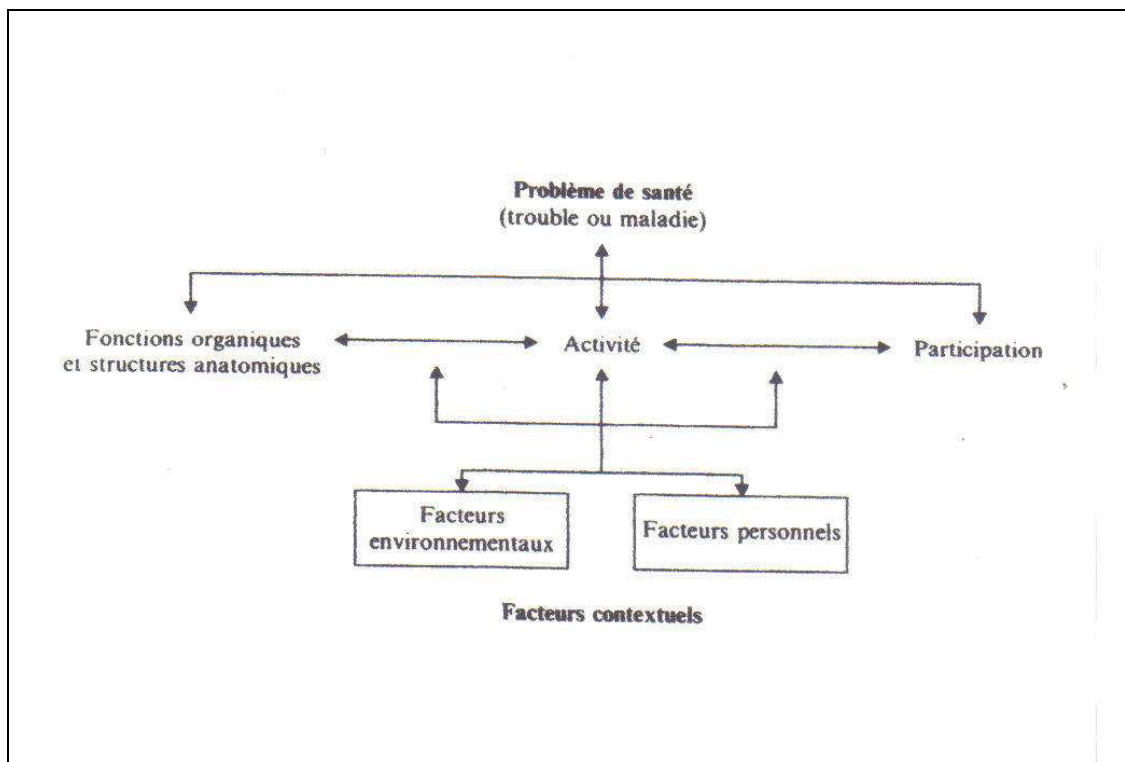
⁵⁸ OMS : Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé. CIF in Revue Handicap ; n° 94-95 ; CTNERHI ; Paris, Avril-Septembre 2002 ; p. 32.

La CIF fait ainsi une synthèse qui offre une image cohérente des différentes perspectives de la santé et du handicap biologique, individuel et social.

Le diagramme suivant est la représentation du modèle du handicap sur lequel se repose la CIF ⁵⁹ :

Diagramme de la CIF

Schéma



⁵⁹ OMS : Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé. CIF in Revue Handicap ; n° 94-95 ; CTNERHI ; Paris, Avril-Septembre 2002 ; p. 32.

Ce modèle est à l'origine de l'introduction de la dimension des facteurs contextuels dans la classification. Selon Pascale ROUSSEL : "*L'absence des facteurs personnels s'explique non par le manque d'influence sur le processus de production du handicap, mais seulement en raison de la difficulté à produire une liste internationalement valable de ces facteurs*"⁶⁰.

• **Les concepts de fonctionnement et de handicap :**

Comme le montre le diagramme de la CIF, le handicap et le fonctionnement sont vus comme le résultat des interactions entre des problèmes de santé (maladies, troubles et traumatismes) et les facteurs contextuels.

Parmi les "*facteurs contextuels*", on trouve des "*facteurs environnementaux*" externes (par exemple les attitudes sociales, les caractéristiques architecturales, les structures sociales et légales, ainsi que le climat, la végétation, le sol, etc.), et des "*facteurs personnels*" internes, notamment le sexe, l'âge, le mode d'adaptation, l'origine sociale, le niveau d'études, la profession, l'expérience passée et présente, le pattern de comportement, la personnalité et d'autres facteurs qui agissent sur la manière dont la personne vit son handicap.

Le diagramme délimite les trois niveaux de fonctionnement humain que la CIF classe comme suit :

- le fonctionnement au niveau du corps ou des parties du corps,
- le fonctionnement au niveau de la personne dans son ensemble,
- le fonctionnement de la personne dans son contexte social.

Le handicap implique donc le dysfonctionnement à l'un ou plusieurs de ces niveaux : les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation.

⁶⁰ ROUSSEL P. : CIH-1/CIH2 : Rénovation complète ou ravalement de façade ? Revue Handicap ; CTNERHT ; 1998 ; pp. 7-19 ; p. 15.

Le tableau suivant présente les définitions formelles de ces composantes de la CIF ⁶¹:

<p>Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).</p> <p>Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes.</p> <p>Les déficiences désignent les problèmes de la fonction organique ou la structure anatomique tels un écart ou une perte importante.</p> <p>L'activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.</p> <p>La participation est l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.</p> <p>Les limitations d'activité sont les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.</p> <p>Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.</p> <p>Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leurs vies.</p>

• Les codes qualificatifs

La CIF pallie aussi à une carence de la CIH, en ajoutant à la liste des domaines, des codes qualificatifs qui permettent à l'utilisateur de coder les informations essentielles sur le handicap et la santé. Ceux-ci enregistrent la présence de la gravité d'un problème dans le fonctionnement au niveau du corps, de la personne et de la société.

Pour les classifications des fonctions organiques et des structures anatomiques, le premier code qualificatif indique la présence d'une déficience et, sur une échelle de cinq

⁶¹ OMS : Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé. CIF in Revue Handicap ; n° 94-95 ; CTNERHI ; Paris, Avril-Septembre 2002 ; p. 33.

points, le degré de déficience d'une fonction ou d'une structure (aucune déficience, déficience moyenne, modérée, sévère et totale).

Pour la liste des domaines de l'Activité et de la Participation, il y a deux codes qualificatifs importants :

- le code qualificatif de Performance qui décrit ce qu'une personne fait dans son cadre de vie habituel,
- le code qualificatif de Capacité qui décrit l'aptitude d'une personne à effectuer une tâche ou une action. Ce code qualificatif indique le niveau de fonctionnement probable le plus élevé qu'une personne peut atteindre dans un domaine donné et à un moment donné.

En résumé, la CIF est un outil scientifique international qui a permis de passer du modèle purement médical à un modèle biopsychosocial du fonctionnement et du handicap. C'est un instrument précieux pour les recherches sur le handicap dans toutes ses dimensions : déficiences au niveau de l'organisme et des parties du corps, limitations de l'activité au niveau de la personne, restrictions de la participation au niveau sociétal. La CIF fournit non seulement un modèle conceptuel permettant d'identifier les besoins des personnes handicapées en soin et en réadaptation, mais aussi d'identifier et de mesurer l'impact de l'environnement physique et social sur les désavantages qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne. Elle est destinée à être utilisée aussi bien par les personnes handicapées, que par des professionnels pour évaluer les services de soins des pathologies chroniques et des handicaps.

II.3.1.2.3. Limites de la CIF

Bien des critiques sont formulées par les spécialistes du handicap à l'encontre de la nouvelle Classification Internationale des Handicaps.

Sur un plan global, la CIF n'a diminué ni en volume, ni en complexité au vu de l'étendue des chapitres et de leurs différents niveaux.

Le fait que cette classification ait été insuffisamment testée avant d'être agréée atténue assez lourdement ses possibilités d'utilisation comme outil très fiable de

description des situations de handicap et il reste encore beaucoup à faire pour la rendre opératoire.

Bien d'autres critiques portent sur l'ambiguïté de certains concepts et contenus des items ou bien sur les définitions des principaux concepts organisateurs, fortement marquées par la volonté de positiver, l'approche du handicap, voire concédées au politiquement correct, au détriment d'une nécessaire objectivité.

Les règles de cordages restent à définir, de même que la distinction entre les catégories d'activités et de participation.

De plus, on peut s'interroger légitimement sur la réelle capacité de cette classification à s'adapter aux objectifs multiples auxquelles elle est censée répondre.

La critique relative à l'ethnocentrisme de la première classification reste en vigueur pour un outil officiellement destiné à être international. Même si les exemples donnés à l'appui de nombreuses définitions témoignent d'un louable souci de prise en compte de la diversité des contextes socioculturels à travers le monde, il n'en est pas moins que la sélection des items eux-mêmes attestent grandement des modes d'analyse et des valeurs en vigueur dans les pays développés occidentaux.

A l'instar de certains pays développés qui utilisent la CIF et son modèle du handicap dans leur législation et leur politique sociale, il serait souhaitable qu'elle devienne, malgré ses limites, la norme mondiale pour la modélisation des données sur le handicap et des politiques sociales et que bien d'autres pays dans le monde en tiennent compte.

II.4. QUELQUES APPROCHES PSYCHOSOCIALES ET SOCIOPOLITIQUES DU HANDICAP

A côté des approches médicalisées et médico-sociales élaborées et publiées par l'OMS, le phénomène du handicap a été l'objet d'études et de réflexions de psychosociologues, de sociologues, d'anthropologues et d'hommes politiques. Ces préoccupations relativement récentes sont rares et quelquefois circonstancielles (production d'un rapport à la demande d'un gouvernement ou d'un organisme social). Il

est remarquable, d'ailleurs, que bien de sociologues, des anthropologues ou ethnologues, y compris ceux qui sont préoccupés par des phénomènes de santé et d'ethnopsychiatrie, n'ont pas pris en compte la dimension handicapologique.

Parmi les approches existantes, trois nous paraissent particulièrement pertinentes :

- Celle du "*stigmaté*", développée de façon remarquable par Erving GOFFMAN en 1985 ⁶² ;
- Celle de l'"*exclusion*" qui a fait le titre de l'ouvrage publié en France en 1974 par René LENOIR : "*Les exclus*" ⁶³ ;
- Et celle de l'"*identité*" de la personne handicapée faite par l'anthropologue américain Robert MURPHY (1987), lui-même handicapé, dans son ouvrage traduit en français par "*Vivre à corps perdu*" ⁶⁴.

Ce type d'approches permet d'aborder aussi d'autres notions liées au handicap comme : le regard, l'identité, le statut, l'inadaptation, l'exclusion ou le stigmaté.

II.4.1. Le handicap comme un stigmaté

Le mot stigmaté est d'origine latine (*stigma*) et dérive du grec (*stigzein* qui signifie piquer). Il a d'abord été utilisé dans un sens sacré pour désigner les plaies du Christ en mettant l'accent sur l'aspect visuel, le "*marquage*" de l'individu stigmatisé. Ce marquage peut prendre des formes très concrètes, au 16^e siècle toutes les inscriptions au couteau ou au fer chaud sur le corps proclamaient comme l'indique Erving GOFFMAN (1985) que : celui qui les portait était un esclave, un criminel ou un traître, bref, un individu frappé d'infamie, rituellement impur, et qu'il fallait éviter, surtout dans les lieux publics. Plus tard, selon le même auteur, le christianisme a attaché à ce mot un sens profondément sacré, marqué de la grâce divine rappelant la passion du Christ.

Non sans relation avec le sens religieux ou sacré, un sens médical a été attribué à ces "*signes corporels d'un désordre physique*".

⁶² GOFFMAN (E.) : *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps* ; Editions de Minuit ; 1985, p. 175.

⁶³ LENOIR (R.) : *Les exclus* ; Editions Seuil ; Paris ; 1974.

⁶⁴ MURPHY (R.) : *Vivre à corps perdu* ; Plon ; paris ; 1987.

Les sociétés occidentales ont fait du handicap un stigmaté, c'est-à-dire un motif subtil d'évaluation négative de la personne. Au handicap correspond une reconnaissance de droits et de contraintes spécifiques, un ensemble de schémas et de valeurs communément admises qui construisent une représentation sociale. Erving GOFFMAN (1985) l'appelle "*identité sociale virtuelle*". Le vrai handicapé correspond à la représentation d'un être normal, c'est-à-dire conforme à ce que les conventions sociales attendent d'un handicapé. Les capacités réelles de l'individu (en mieux ou en moins) constituent ce que Erving GOFFMAN (1985) appelle "*l'identité sociale réelle*". C'est, dit-il, le désaccord entre l'identité sociale réelle et l'identité virtuelle qui constitue un "*stigmaté*", appelé faiblesse, déficit ou handicap.

Cette notion de stigmaté, qui supporte à la fois la notion de différences et de disgrâce manifestement apparentes, apparaît comme une façon particulièrement riche et instructive de regarder le handicap sous un angle psychosocial.

Selon Erving GOFFMAN : "*On demande à l'individu stigmatisé de nier le poids de son fardeau et de ne jamais laisser croire qu'à le porter, il ait pu devenir différent de nous ; en même temps, on exige qu'il se tienne à une distance telle que nous puissions entretenir sans peine l'image que nous nous faisons de lui. En d'autres termes, on lui conseille de s'accepter, en remerciements naturels d'une tolérance première que nous ne lui avons jamais accordée. Ainsi, une acceptation fantôme est à la base d'une normalité fantôme*" (E. GOFFMAN 1975) ⁶⁵.

Le stigmaté est d'abord un indicateur pour un classement social. Lorsque nous rencontrons pour la première fois une personne que nous ne connaissons pas, un essai d'identification ou de reconnaissance s'effectue selon les normes sociales que nous avons apprises. Pour cela, nous disposons souvent de peu d'éléments, mais une très grande importance est donnée à certains attributs ou certaines caractéristiques physiques et fonctionnelles de celui qui est observé. Toute manifestation perçue rapidement comme différente, revêt alors une très grande importance et est souvent reconnue comme "*un stigmaté*".

Etre atteint de ce qui est considéré comme une imperfection entraîne les autres à supposer toute une série d'autres imperfections ; c'est ainsi, indique Erving GOFFMAN, que certaines personnes s'adressent à des aveugles en criant comme s'il s'agissait de

⁶⁵ Cité par LE BRETON D., Le miroir social du handicap, in Journal des psychologues, pp. 26 à 28, n° 130, 1995, p. 26.

sourds ou bien essayent de les soulever comme s'ils avaient une déficience motrice. Paradoxalement, nous attribuons, volontiers, certaines aptitudes supra-ordinaires aux handicapés ; tel est le cas de cet aveugle à qui l'on a demandé de faire la publicité pour un parfum, pensant que, les aveugles privés de la fonction visuelle, sont automatiquement hypertrophiés dans leurs capacités fonctionnelles en matière d'odorat.

Le fait d'être stigmatisé entraîne bien de conséquences qui ont été relevées par Erving GOFFMAN (1985) ; telles que :

- La "**victimisation**" : les stigmatisés sont parfois des victimes qui sont exposées à toutes sortes de charlatans qui leur proposent des solutions contre le bégaiement, les douleurs chroniques, la paralysie, la surdité etc.

- La "**motivation à se surpasser pour effacer le stigmaté**" : l'individu stigmatisé peut aussi chercher à améliorer, indirectement, sa condition en consacrant, en privé, beaucoup d'efforts à maîtriser certains domaines d'activités que, d'ordinaire, pour des raisons incidentes ou matérielles, on estime fermés aux personnes infligées de sa déficience.

GOFFMAN mentionne comme illustration : la pratique du tennis et de l'équitation par des personnes ayant des déficiences physiques et des sports de montagnes par des aveugles.

- "**L'utilisation sociale du stigmaté**" : le stigmaté peut, aussi, être utilisé pour justifier des échecs qui ont une autre explication. Le fait d'être reconnu handicapé peut apparaître comme un statut avantageux en période économique difficile, par exemple chez un chômeur en rupture de droits ou chez un jeune qui n'arrive pas à accepter les exigences du monde du travail.

- "**Le stigmaté-handicap peut être une clé pour comprendre les autres**" : bon nombre de personnes handicapées font un double constat : le premier est qu'elles ont une meilleure connaissance des autres, une meilleure attention à leurs problèmes du fait du voyage dans les souffrances et des difficultés qu'elles ont rencontrées ; le second est que la délimitation entre "**normaux**" et "**stigmatisés**" (ou handicapés) n'est pas une frontière nette.

- "*Les stigmatisés sont toujours sur la défensive*" : la personne atteinte d'un stigmate a souvent l'impression d'être en "*représentation*", attentive à l'effet qu'elle produit sur l'entourage. Elle est sensible à l'amalgame que beaucoup font entre divers types de déficiences par ignorance de la typologie fonctionnelle des personnes handicapées : une diminution des capacités motrices ou visuelles est volontiers interprétée comme associée à une perte des aptitudes intellectuelles.

- Le "*recours à l'humour provocateur par les stigmatisés*" : certaines personnes handicapées usent de subterfuges pour faire disparaître la sensation de gêne en ayant une attitude à la limite de la provocation et sur le mode de l'humour. GOFFMAN cite le cas de la personne en fauteuil roulant qui, au moment de l'installation des convives autour d'une table de restaurant, indique qu'il n'est pas nécessaire pour lui de chercher un siège puisqu'il est venu avec le sien. Ce type de remarque ayant probablement, aussi, la valeur d'un rituel d'inclusion dans un groupe.

Erving GOFFMAN reconnaît aussi la nécessité de prendre en considération le lien entre le "*Territoire*" et le handicap dans les phénomènes d'interface personnes stigmatisées-handicapées avec les "*autres*".

Le marquage d'un territoire spécifique "*réserve*" aux personnes handicapées étant une démarche ancienne que l'on retrouve à travers l'histoire des incapacités et des handicaps.

II.4.2. Inadaptations, Exclusions et Handicaps

- **Inadaptation** : le terme d'"*inadaptation*" est souvent utilisé dans le milieu socio-éducatif en relation avec celui de "*handicap*". En France, cette réflexion est liée au phénomène d'exclusion si bien décrit par René LENOIR (1974), ancien Secrétaire d'Etat à l'Action Sociale, dans son livre "*Les exclus*".

Selon René. LENOIR (1974) : "*Dire qu'une personne est inadaptée, marginale ou asociale, c'est constaté simplement que, dans la société industrialisée et urbanisée du XXe siècle, cette personne, en raison d'une infirmité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir*

à ses besoins, ou exige des soins constants, ou représente un danger pour autrui, ou se trouve ségrégué soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité".⁶⁶

Il n'y a guère beaucoup de différence entre cette définition de l'inadaptation et celle du handicap proposée dans la Classification Internationale des Fonctionnements ; malgré la segmentation classique entre physique, mental et social ; et le manque de distinction entre les causes et les conséquences de l'inadaptation.

René LENOIR (1974) utilise, dans son approche sur les inadaptations, une classification distinguant :

A - Les inadaptés physiques :

- "*de naissance*", ayant un défaut génétique inscrit dans leur capital chromosomique ;
- "*à la naissance*", à la suite d'un accident pendant ou juste après l'accouchement ;
- à la suite d'une maladie ;
- par accident (travail, circulation) ;
- par vieillissement.

B - Les débiles mentaux

C - Les inadaptés sociaux parmi lesquels il inclut :

- les drogués ;
- les malades mentaux ;
- les suicidaires ;
- les alcooliques ;
- les délinquants adultes ;
- les marginaux et asociaux.

Il rapproche des groupes vulnérables comme certains milieux d'immigrés et sépare, souvent dans son discours, l'inadaptation sociale des autres.

Il semble que le mot "*inadaptation*" recouvre une réalité plus large que le mot "*handicap*" qui lui, sous entend une lésion, une atteinte corporelle préalable. Mais nous avons constaté avec le nouveau schéma de la CIF que, le sens du mot "*handicap*" s'est élargi du fait de sa banalisation et surtout du fait qu'il décrit toujours un phénomène

⁶⁶ Cité par HAMONET C., Les personnes handicapées, PUF, Paris, 1996, p. 66.

s'inscrivant dans la vie sociale au niveau du cadre de vie d'une personne. Sa signification nous apparaît, aujourd'hui, bien peu différente de celle d'"*inadaptation*".

D'après R. LENOIR (1974) : "*Dire que dans une société donnée des êtres sont en marge de la normale ne signifie nullement que la norme de cette société a valeur divine ou universelle. Quelques-uns de nos plus brillants ingénieurs seraient inadaptés chez un peuple de chasseurs ou de pêcheurs, beaucoup de nos aliénés vivraient libres dans une tribu africaine, l'orphelin ne se sentirait pas tel dans la plupart de nos sociétés dites primitives*"⁶⁷.

Il apparaît donc que l'inadaptation est une situation dans laquelle la personne est exclue du groupe dominant, c'est-à-dire du groupe composé d'individus qui considèrent posséder les caractéristiques reconnues comme étant la "*norme*" de leur groupe.

R. LENOIR (1974) a repris de façon très significative l'exemple des Gitans⁶⁸ qui, malgré des dispositions législatives destinées à éviter toute discrimination à leur égard et à faire respecter leurs habitudes de vie, on assiste à des phénomènes de rejet.

"Et, pourtant, un mécanisme implacable de rejet joue. Il a son origine dans plusieurs siècles d'histoire au cours desquels les sédentaires ont toujours redouté les "nomades", les assimilant facilement aux pillards des "grandes compagnies", mais surtout dans la crainte de comportements présumés mauvais de gens si différents des autres. Nous sommes, là, à la racine de l'exclusion sociale : c'est le refus de la différence qui pousse à exclure l'étranger, le handicapé, le fou et quelquefois le vieillard... La résistance des mentalités est plus forte que la Loi".

Ce qui suppose donc que, le lot quotidien des Gitans est bien souvent proche de celui des personnes handicapées, teinté par la force des idées préreçues et des archétypes.

Ainsi, le déséquilibre entre les exigences du milieu et les caractéristiques ou le type d'attitudes d'une personne ou d'un groupe de personnes conduit à des phénomènes de rejet qui sont une véritable exclusion.

⁶⁷ cité par HAMONET C., Les personnes handicapées, PUF, Paris, 1996, p. 67.

⁶⁸ LENOIR R., Les exclus, Editions Seuil, 1974, p. 99-100-101.

• **L'exclusion sociale** : c'est un phénomène de rejet d'un individu ou d'un groupe d'individus par un autre. R. LENOIR (1974) relève quelques facteurs générateurs de l'exclusion :

- **L'Impureté** : jadis, à l'origine de l'exclusion, car les interdits bibliques mettent l'accent sur l'impureté liée à l'invalidité ou à toute autre différence corporelle apparente anormale. Cela concerne tout particulièrement les lépreux qui sont déclarés "*impurs*" et doivent vivre à l'écart du camp. Le rôle de l'impureté reste toujours d'actualité.

- **La Pauvreté** : les exclus le sont aussi souvent de la croissance et du développement et de ce fait appartiennent, bien souvent, à la catégorie des pauvres, même s'il n'y a pas de relation obligée entre pauvreté et inadaptations. L'un des objectifs des mesures politiques et législatives est de réduire la disparité des ressources entre les personnes handicapées, les personnes âgées et le reste de la population. Sur ce plan, en France, une amélioration très sensible est très remarquable ces dernières décennies.

- **L'Age** aussi est un facteur d'exclusion. R. LENOIR (1974) relève que "*si l'inadaptation touche plus particulièrement certains milieux défavorisés, elle n'épargne aucune classe sociale et aucun âge de vie*"⁶⁹.

La ségrégation par l'âge, dont on retrouve les méfaits dans le domaine du handicap, constitue un obstacle ne serait-ce qu'à l'admission ou au maintien dans certains types d'établissements.

- **L'Espace** est aussi source d'exclusion par les barrières architecturales qui posent le problème de la conception d'un urbanisme dans lequel l'accessibilité des personnes handicapées, au sens large, serait une dimension à prendre en compte pour une vie meilleure.

- **L'Ecole** exclue aussi par le biais de l'échec scolaire qui est une situation d'inadaptation, et surtout de perte considérable d'égalité des chances pour l'intégration dans la vie active à l'âge adulte.

- **Les cloisonnements** psychologiques, professionnalistes et bureaucratiques : des cloisons souvent très étanches existent entre le secteur éducatif, le secteur social et le

⁶⁹ LENOIR R., Les exclus, Editions Seuil, Paris, 1974, p. 38.

secteur médical. Les interfaces entre ces trois domaines sont pourtant de plus en plus nécessaires, d'où la remarque de R. LENOIR (1974) : *"Il est de plus en plus difficile d'identifier le médical du social"*.

Cette tendance constitue un obstacle non négligeable au développement des actions en faveur des personnes inadaptées ou handicapées qui se trouvent, *"morcelées, éclatées"* entre plusieurs professionnels qui s'ignorent.

II.4.3. L'approche de l'identité de la personne handicapée

Robert MURPHY(1987), anthropologue américain frappé d'une maladie évolutive qui l'amène peu à peu à la tétraplégie, observe avec peine les effets que sa présence suscite auprès de ses collègues.

"Pendant le semestre qui suivit mon retour à l'université, je participai à quelques déjeuners au club de la faculté et constatai que l'atmosphère était tendue. Les personnes que je connaissais évitaient de me regarder ; celles avec lesquelles mes relations se bornaient en général à un simple bonjour ne me saluaient pas et, elles aussi, regardaient avec insistance dans une autre direction. D'autres passaient au large de mon fauteuil roulant, comme s'il avait été nimbé d'un halo qui risquait de les contaminer. Bref, l'ambiance n'était pas des plus agréables".⁷⁰.

Une forte ambivalence caractérise les relations que nouent les sociétés occidentales avec l'homme frappé d'un handicap. Ambivalence que ce dernier vit au quotidien, puisque le discours social lui affirme qu'il est un homme normal, membre à part entière de la communauté, que sa dignité et sa valeur personnelle ne sont en rien entamées par son état physique ou ses dispositions sensorielles, mais en même temps, il est marginalisé, tenu plus ou moins hors du monde du travail, mis à l'écart de la vie collective du fait de ses difficultés.

"L'homme handicapé est un homme au statut intermédiaire, un homme de l'entre deux. Le malaise qu'il engendre tient également à ce manque de clarté qui entoure sa

⁷⁰ Cité par LE BRETON D., Le miroir social du handicap, in Journal des psychologues, n° 130, 1995, pp. 26 à 28, p. 26.

définition sociale. Il n'est ni malade, ni en bonne santé, ni mort, ni pleinement vivant, ni en dehors de la société, ni à l'intérieur, etc...", écrivait R. MURPHY en 1987 ⁷¹.

Et pourtant l'humanité de la personne handicapée ne fait pas de doute. L'ambivalence de la société à son égard est donc une sorte de réplique à l'ambiguïté de sa situation et à son caractère insaisissable.

D'après David LEBRETON (1995) : "*De tout temps, la représentation sociale du handicap confère à la personne atteinte d'un déficit, un statut particulier, où la relation à l'autre s'accompagne de regards mêlés de curiosités, de compassion, de gêne ou de méfiance*" ⁷². Ainsi, plus le handicap est visible et surprenant (un corps déformé, tétraplégique, un visage défiguré par exemple), plus il suscite socialement une attention indiscrete allant de l'horreur à l'étonnement et plus la mise à l'écart est nette dans les relations sociales.

La définition du "*handicap*" renvoie à une relation sociale, au fait que pour la collectivité, il existe sans équivoque des individus affligés de cet attribut. La personne handicapée entre ainsi dans une classification qui lui confère un statut particulier. Les sociétés fondées sur le travail, l'efficacité, vouent un culte au corps performant, jeune, séduisant, tout puissant et font de la fragilité de la condition humaine un principe central de la modernité, n'accordant aux individus affectés d'un "*handicap*" qu'une place secondaire.

Toutes ces approches psychosociales conçues et développées dans les sociétés occidentales n'ont aucun caractère universel ; cependant, elles peuvent constituer pour un chercheur d'une culture différente (africaine par exemple) de solides bases d'appui pour des investigations dans des domaines et des conditions de terrain à peu près similaires.

⁷¹ Cité par LE BRETON D., Le miroir social du handicap, in Journal des psychologues, p. 26 à 28, n° 130, 1995, p. 28.

⁷² LE BRETON D., idem, p. 26.

CHAPITRE III : SITUATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE EN AFRIQUE

III.1. SITUATION EN AFRIQUE

La situation de la personne handicapée en Afrique est liée à celle des autres personnes qui y habitent, car les maux et les problèmes dont souffre le continent africain sont pléthoriques et connus de tous.

Malgré le manque de statistiques fiables, il est évident que le nombre de personnes handicapées est en constante augmentation en Afrique. Du fait des difficultés économiques et de la disparition progressive (surtout en milieu urbain) de la "*solidarité africaine*" qui cède la place au fur et à mesure à l'individualisme et à l'esprit partisan, les personnes handicapées sont de plus en plus exclues et marginalisées au sein des sociétés africaines.

III.1.1. Les maux et principaux problèmes

Le continent africain est confronté à un défi majeur à relever face au phénomène du handicap qui ne cesse de prendre de l'ampleur.

L'augmentation constante des personnes handicapées en Afrique a pour principales causes :

- L'absence ou l'insuffisance d'une infrastructure de services sociaux, sanitaires, éducatifs et de formation professionnelle, ou d'institutions spécialement réservées au traitement des problèmes des personnes handicapées ;
- La mauvaise utilisation de médicaments et autres produits thérapeutiques, tout comme l'usage illicite de la drogue et des stimulants ;

- Les programmes inadaptés et insuffisants en soins de santé primaire dus au manque de ressources, à l'enclavement de certaines régions ou contrées, et à des barrières physiques et sociales qui sont autant de blocages qui empêchent de nombreuses personnes de bénéficier du peu des services disponibles ;
- Les accidents de la circulation tout comme en milieux industriels et agricoles, les catastrophes naturelles (tremblements de terre, sécheresse) et la pollution de l'environnement physique ;
- Les incessantes et multiples guerres civiles entraînant toutes les formes de violences et de destructions, la pauvreté, la faim, les épidémies, les déplacements massifs des populations, la promiscuité et les conditions de vie malsaines ;
- Le taux élevé des analphabètes souvent mal informés des services disponibles en matière sociale, sanitaire et scolaire, avec pour conséquence une connaissance approximative des causes handicapantes, de leur prévention et de leur traitement, voire des préjugés sur ces handicaps et des maladies que l'on peut prévenir dans bien des cas ;
- Enfin, sur un plan technique, le fait de confier ou de transférer aux services hautement spécialisés des ressources et des décisions qui ne tiennent pas souvent compte des besoins et des réalités de terrain des nécessiteux et le peu d'intérêt accordé à la promotion de l'égalisation des chances.

III.1.2. Apports des Institutions et des Associations africaines

Il existe en Afrique un grand nombre d'associations et d'organisations travaillant sur la situation des personnes handicapées au niveau de chaque Etat et sur un plan sous-régional ou continental.

Les Etats membres de l'Organisation de l'Unité Africaine (O.U.A.), principale et plus grande organisation du continent, actuellement baptisée Union Africaine (U.A.), travaillent en collaboration avec les Organisations Non Gouvernementales et les Associations des personnes handicapées pour élaborer, financer et conduire les politiques sociales en faveur des personnes handicapées.

L'Afrique participe aux réunions (Congrès, Assemblées, Séminaires) de l'Organisation Mondiale des Personnes Handicapées (O.M.P.H.) par l'intermédiaire de la Panafricaine des Personnes Handicapées (PANAPH). La PANAPH, organisme de l'Union africaine, coordonne les programmes conduits par les organisations chargées des activités en faveur des personnes handicapées sur le continent. A cet effet, le continent a été divisé en cinq grandes Régions placées sous la responsabilité des organisations régionales suivantes :

- 1 - La Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique Australe (FPHAA)
- 2 - La Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique Centrale (FPHAC)
- 3 - La Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique de l'Est (FPHAE)
- 4 - La Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique du Nord (FPHAN)
- 5 - La Fédération des Personnes Handicapées de l'Afrique de l'Ouest (FPHAO)

Ces Fédérations conduisent et exécutent les activités de la PANAPH dans chacune des régions, en tenant compte des exigences et des spécificités locales. Elles rendent compte à la PANAPH qui assure le suivi des activités à l'échelon continental. Les activités programmées tendent à réduire les nombreuses difficultés auxquelles sont confrontées les personnes handicapées sur le continent, conformément aux dispositions des règles des Nations Unies et du Programme d'Action Mondiale (PAM) concernant les personnes handicapées. L'accent est surtout mis sur :

- la lutte contre la pauvreté,
- l'éducation et l'alphabétisation,
- l'emploi et la formation,
- et la réadaptation et l'appareillage.

Par ailleurs, au cours du Ve Congrès Mondial des Personnes Handicapées tenu au Mexique en décembre 1998, les délégués des pays africains membres de la PANAPH, ont émis l'idée et obtenu la mise en place d'une décennie pour les personnes handicapées en Afrique.

III.1.3. La Décennie Africaine des Personnes Handicapées : 2000-2009

Les Nations Unies avaient déclaré la période 1983-1992 Décennie pour les Personnes Handicapées, au cours de laquelle les Etats Membres devaient mettre en exécution le Programme d'Action Mondiale (PAM) concernant les Personnes Handicapées. Cette mesure a permis l'élaboration des Règles sur l'Egalisation des chances et des opportunités en faveur des personnes handicapées, permettant ainsi un changement positif, d'attitude à l'égard des personnes en situation de handicaps. Les succès enregistrés lors de cette décennie ont été palpables dans la plupart des pays Américains, Européens et Scandinaves.

En Afrique, le Programme d'Action Mondial a eu très peu d'effet, car ses objectifs n'ont pas été atteints, faute d'investissements politiques et économiques efficaces de bien d'Etats du continent dans la résolution des difficultés des personnes en situation de handicaps.

Les Associations Africaines de personnes handicapées ont, au travers de la PANAPH, relevé que la Décennie des Nations Unies était une approche globale et mondiale des problèmes que pose l'invalidité, conduisant à des solutions inadaptées au contexte africain. D'où la nécessité d'organiser une décennie de Personnes Handicapées d'Afrique, qui serait une approche africaine, avec des solutions africaines aux problèmes liés aux handicaps.

Les buts et objectifs de la décennie africaine des personnes handicapées sont de ⁷³ :

- Réduire la pauvreté parmi les personnes handicapées et leurs familles ;
- Sensibiliser l'opinion publique sur les problèmes des personnes handicapées et ceux liés aux différentes situations de handicaps ;
- Lutter contre les causes invalidantes par la promotion de la culture de la paix au sein du continent ;
- Mieux faire entendre la voix des personnes handicapées d'Afrique auprès des Etats africains et des Institutions internationales ;

⁷³ Rapport PANAPH (1999) : Décennie Africaine des Personnes Handicapées 2000-2009, Cap Town, 1999.

- Sensibiliser les Gouvernements Africains sur la nécessité et l'urgence d'intégrer les préoccupations des personnes handicapées dans l'élaboration des politiques économique, sociale, sportive etc ;
- Promouvoir la mise en application des Règles des Nations Unies sur l'Egalisation des Chances et des Opportunités en faveur des personnes handicapées, afin que les pays membres de l'OUA puissent adopter une convention dans ce sens en faveur des personnes handicapées d'Afrique ;
- Mettre en application les instruments des Nations Unies sur la Déclaration des Droits de l'Homme en faveur des Personnes Handicapées ;
- Rechercher les meilleures stratégies pour s'attaquer à la situation préoccupante des enfants et des femmes handicapées en Afrique.

La Pan-Africaine des Personnes Handicapées coordonne (par l'intermédiaire d'un Comité de Coordination de la Décennie) les programmes conduits par les Fédérations chargées de mener sur le terrain, les activités de cette Décennie Africaine.

Le Comité de Coordination de la Décennie comprend des représentants des Organisations et des Institutions ci-après :

- La Pan-Africaine des Personnes Handicapées
- L'Union Africaine des Aveugles
- L'Inclusion Internationale
- La Fédération Mondiale des Sourds
- L'Institut Africain de Réhabilitation
- L'Organisation de l'Unité Africaine (OUA)
- L'Organisation Internationale des Sourds-Aveugles
- L'Association Internationale des Déficients Intellectuels
- La Commission économique pour l'Afrique
- La Commission Sociale de l'OUA
- L'Organisation Internationale du Travail

III.2. LES PERSONNES HANDICAPÉES EN RÉPUBLIQUE DU CONGO

III.2.1. Les statistiques

Au Congo-Brazzaville, des données statistiques fiables sur les personnes handicapées sont presque inexistantes, comme il en est souvent le cas dans bien d'autres pays d'Afrique.

Le Congo s'était lancé en 1984 dans un recensement exhaustif des personnes handicapées, mais devant les innombrables difficultés, ce recensement était resté inachevé. Parmi les difficultés, il y avait une certaine rumeur sur une possible "rafle" des personnes handicapées, afin d'en débarrasser la société, ce qui rendait méfiantes et réticentes plusieurs familles qui ont refusé de signaler aux autorités publiques l'existence d'une ou de plusieurs handicapés. Pour palier au problème d'absence de données fiables et aux difficultés liées au recensement des handicapés, il serait souhaitable de prévoir, comme le font d'autres pays, d'intégrer quelques questions relatives au handicap lors d'un recensement général de la population.

En février 1994, le Congo, avec une population globale de 2 500 000 habitants, comptait environ 250 000 personnes handicapées ; selon un dossier du Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées sur la "*Situation sociale des personnes handicapées face à la dévaluation du franc CFA*"⁷⁴. Ce ratio de 10 % est également évoqué par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le chiffre de 10 % proposé par l'OMS comme pourcentage moyen de personnes handicapées dans la population totale de chaque pays du monde est valable aussi bien pour les pays du Nord que pour ceux du Sud. A force d'avoir été cité un peu partout comme faisant "*autorité*", ce chiffre a pris le caractère d'un dogme ou bien d'une norme standardisée. Et pourtant, certaines enquêtes menées dans plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont donné des taux généralement bas. Ces dernières années, l'OMS a, elle aussi, proposé, pour ces pays, un chiffre révisé à la baisse : 6 à 10 %. Ce faible taux des pays du Sud peut bien s'expliquer par des pratiques de certaines ethnies

⁷⁴ "Situation sociale des personnes handicapées face à la Dévaluation du franc CFA : contraintes, atouts, mesures d'accompagnement. Dossier particulier, Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, Février 1994, p. 1.

d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, consistant à éliminer ou à abandonner des enfants nés handicapés.

Les données de notre étude ont été recueillies au Congo en deux temps ; pendant les années 1996 et 1997 dans un premier temps et puis en 2003 et 2004 dans un second temps. Or, le pays a connu des guerres civiles en 1997, 1998 et 1999, ayant entraîné la mort de dix mille à quinze mille personnes. En conséquence, le nombre de personnes handicapées peut avoir changé soit de façon plus probable à la hausse (le fait des blessures et traumatismes de guerres), soit à la baisse (par élimination des minorités handicapées).

Les statistiques sur les personnes handicapées au Congo sont beaucoup plus difficiles à établir en milieu rural qu'en milieu urbain, comme à Brazzaville, la capitale qui regroupe la totalité des sièges des institutions et des associations chargées de traiter les problèmes inhérents aux situations de handicap.

Le tableau suivant résume les effectifs des personnes handicapées de la ville de Brazzaville en juin 2000.

**STATISTIQUES DES PERSONNES HANDICAPEES
DE BRAZZAVILLE PAR CATEGORIES DES HANDICAPS**

Catégories	Effectifs		Total
HANDICAPES MOTEURS	Homme	39 546	62 146
	Femme	22 600	
SOURDS ET DEFICIENTS AUDITIFS	Homme	11 798	19 600
	Femme	7 802	
AVEUGLES ET DEFICIENTS VISUELS	Homme	10 275	18 000
	Femme	7 725	
HANDICAPES MENTAUX ET DEFICIENTS INTELLECTUELS	Homme	4 919	7 600
	Femme	2 681	
LEPREUX	Homme	401	654
	Femme	253	

Tableau I : Statistiques (Source UNHACO, Brazzaville : Juin 2000)

III.2.2. La personne handicapée au travers des institutions congolaises

Les acteurs en charge du secteur du handicap et les personnes handicapées elles-mêmes ont souvent dénoncé le peu d'intérêt des institutions congolaises vis-à-vis des personnes en situations de handicaps, et le manque d'une politique socio-économique en leur faveur, en dépit de la loi du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion des personnes handicapées.

De leur côté, les pouvoirs publics congolais déclarent ne ménager aucun effort pour le respect des droits de l'homme et des minorités en établissant une égalité de chances entre les couches sociales. L'article 30 de la Constitution du 20 janvier 2002 stipule que les personnes handicapées ont "*droit à des mesures de protection en rapport avec leurs besoins physiques, moraux ou autres, en vue de leur épanouissement*". Les questions liées au handicap au Congo dépendent du ministère des Affaires Sociales qui a le devoir de développer des projets et des programmes en faveur des handicapés sur toute l'étendue du territoire, notamment pour scolariser les enfants en situations de handicaps.

Au Congo, la fréquentation scolaire est obligatoire de 6 à 14 ans, car selon la loi n° 008 du 06 septembre 1990 portant réorganisation du système éducatif congolais : "*l'État garantit à chaque enfant une scolarité obligatoire. Cette mesure s'étend aux personnes handicapées (mentaux, sensoriels, moteurs et inadaptés sociaux)*". Cette disposition légale n'est pas respectée partout dans le pays, car selon l'Union Nationale des Handicapés du Congo, à peine 19 % des personnes handicapées sont scolarisées, dont 2,9 % dans les trois Institutions spécialisées concentrées à Brazzaville la capitale.

Ces Établissements dont les effectifs des élèves varient de façon décroissante suivant l'augmentation du niveau scolaire sont :

- L'Institut Psychopédagogique de Brazzaville qui reçoit des enfants ayant des anomalies mentales ;
- L'Institut des Jeunes Sourds de Brazzaville (IJSB) créé par les religieux et accueillant les Sourds-muets, qui a appartenu à l'État jusqu'en 1992, ensuite a été rétrocédé à l'Église Catholique par l'État après la Conférence Nationale ;

- L'Institut des Aveugles du Congo (IAC) situé dans la banlieue sud de Brazzaville : est un établissement que l'État congolais gère en partenariat avec l'Armée du Salut.

A ces Institutions, on peut ajouter le Centre de Réadaptation Professionnel des personnes handicapées qui est une antenne de l'Institut Africain de Réadaptation, dont on déplore l'insuffisance de formation et l'absence d'un statut clair du personnel.

Quelques mesures et actions positives visant la protection, la promotion et l'épanouissement des personnes handicapées à divers niveaux, sont l'oeuvre de l'engagement de l'État, des pouvoirs publics et surtout des associations en faveur des handicapés :

- La signature et l'approbation par le Congo, de l'accord portant création de l'Institut Africain de Réadaptation (IAR) du 8 avril 1985 à Addis Abéba, ainsi que l'obtention le 18 septembre 1986 de l'implantation du siège et d'une antenne au Congo ;
- La création de l'Union Nationale des Handicapés du Congo (UNHACO) en 1987, bénéficiant des subventions financières de l'État, qui lui a affecté par note de service un siège social dans un bâtiment administratif en février 1991 ;
- La participation à raison d'une voix à l'Assemblée Nationale congolaise des personnes handicapées de 1988 à 1992 ;
- La diffusion à la radio et à la télévision d'États des émissions des personnes handicapées (Promo-Handi) ;
- L'Édition d'un bulletin d'information "LIAISON" spécialisée sur les questions liées au handicap ;
- L'adoption de l'Acte 079 de la Conférence Nationale demandant la création d'un Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées ;

- L'Adoption à la Conférence Nationale et la promulgation par le Président de la République de la loi n° 009/92 du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion de la personne handicapée au Congo.

Malgré ces quelques actions positives et encourageables, la situation des personnes handicapées au Congo reste difficile à cause d'un cadre de vie très déplorable par rapport à la moyenne nationale. Il est vrai que le handicap constitue souvent une entrave grave à une vie normale. La personne handicapée du Congo, comme celle d'autres pays en voie de développement est confrontée aux épineux problèmes liés aux facteurs économiques très difficiles, mais les difficultés ont une ampleur plus déplorable chez elle, du fait des phénomènes de marginalisation et d'exclusion. Cette personne souvent abandonnée à sa famille, ou pire à elle-même, est tenue de fournir un effort nécessaire pour surmonter son handicap sans aide particulière, dans les mêmes conditions que certaines personnes dites "*valides*" et dans la limite de ses capacités, afin d'apporter tant soit peu des solutions à ses problèmes quotidiens. Dans un rapport publié par l'UNHACO ⁷⁵ à Brazzaville en 1998, cette grande association de personnes handicapées relève et dénonce les insuffisances et les inégalités telles que :

- Le manque des données statistiques fiables sur les personnes handicapées ;
 - L'absence des textes d'application (décrets et arrêtés) de la loi n° 009/92 du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion des personnes handicapées ;
 - L'absence d'une carte d'invalidité comme il en existe dans bien d'autres pays ;
 - L'insuffisance d'information et de sensibilisation sur la prévention des handicaps ;
 - Le manque du personnel et des moyens techniques pour la réadaptation ;
 - Les difficultés pour les personnes handicapées d'accéder aux espaces, aux édifices et aux transports tant publics que privés ;
 - la sous-éducation et le faible taux de scolarisation des personnes en situation de handicaps :
- Sur 52 % des personnes handicapées motrices qui accèdent à la scolarisation primaire, 2 % seulement arrivent au niveau universitaire ;
 - 98 % des sourds et 95 % des aveugles ayant atteint l'âge scolaire ne peuvent être reçus dans les Institutions Spécialisées concentrées toutes à Brazzaville par manque des structures et la faiblesse des possibilités d'accueil (insuffisance du personnel et de locaux, manque d'internats...).

⁷⁵ UNHACO : Situation des personnes handicapées en République du Congo-Brazzaville ; Rapport ; Brazzaville ; Juin 1998.

- Aucun établissement spécialisé dans l'accueil et la formation des personnes en situation de handicaps n'existe en milieu rural.

- L'inexistence d'une sécurité sociale, ni d'une allocation en faveur des personnes handicapées n'ayant pas un travail, tout comme l'absence d'ateliers d'apprentissage et de formation adaptés en vue d'une insertion des personnes handicapées :

- 23 % des malentendants ont besoin des prothèses auditives ;
- 78 % des aveugles ont besoin d'une canne blanche ;
- 67 % des personnes handicapées motrices ont besoin d'un tricycle.

- Le manque d'un quota de recrutement des personnes handicapées ne permet pas de palier au problème du chômage qui touche plus les personnes handicapées que les autres couches de la population. Ainsi, dans les grandes villes du Congo, les personnes handicapées se mettent à mendier sur les places publiques, plus que la moyenne nationale ;

- La non évaluation de la décennie mondiale (1983-1992) des personnes handicapées matérialise la non application des textes existants par les décideurs et le manque de suivi des politiques et des mesures en faveur des handicapés ;

- La non ratification par les autorités du pays des règles de l'ONU sur l'égalisation des chances des personnes handicapées ne permet pas l'élaboration et l'adoption d'un cadre juridique et politique efficace.

III.2.3. Les Associations congolaises de personnes handicapées

III.2.3.1.1. L'Association des Handicapés Physiques du Congo (A.H.PHY.CO)

Créée le 09 mars 1979 à Brazzaville, cette association pourrait être considérée à la fois comme une toute première pour les handicapés congolais et puis comme l'ancêtre de l'actuelle Union Nationale des Handicapés du Congo (U.N.H.A.C.O.). Elle poursuivrait des objectifs tels que :

- *"Regrouper toutes les personnes handicapées ;*
- *Assurer une aide efficace pour la défense et les intérêts sociaux, moraux et matériels ;*

- *Aiguiser la conscience militante pour l'unité de combat en vue de l'intégration effective des handicapés dans la société et lutter contre les complexes et les mépris dont elles sont victimes ;*

- *Les assister mutuellement dans leurs problèmes fondamentaux, socio-matériels, socio-psychologiques, dans la mesure des moyens mis à la disposition de l'association" ⁷⁶.*

Cette association catégorielle aux objectifs globalisants et vagues n'a pas fait long feu, et d'autres plus organisées et plus ambitieuses ont pris le relais.

Depuis la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre vingt dix, on observe au Congo une dynamique très remarquable des milieux associatifs oeuvrant pour la promotion et l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées. Cette dynamique encouragée tant bien que mal par les autorités politiques, est surtout le fruit des personnes handicapées elles-mêmes qui ont bien voulu s'organiser en Associations de types catégoriels, avec comme pionniers ou précurseurs les handicapés moteurs qui se sont souvent montrés à la tête des revendications. Ainsi, presque toutes les associations de personnes handicapées congolaises se sont regroupées au sein d'une grande union nationale qui défend leurs intérêts aussi bien au plan national qu'international.

III.2.3.2. L'Union Nationale des Associations des Personnes Handicapées du Congo (U.N.HA.CO.)

L'U.N.HA.CO est une Association sociale à caractère humanitaire et d'utilité publique, régie par la loi française du 1er juillet 1901 et son décret d'application du 15 août 1901. Elle se dit autonome, apolitique et à but non lucratif.

⁷⁶ MIKALOUBANZA (B.) : L'Education des déficients intellectuels au Congo : Analyses et propositions, Thèse de Doctorat 3e cycle ; Paris X ; Nanterre ; 1985 ; p. 15.

Elle a été créée le 30 juillet 1987 à Brazzaville avec un catalogue très large et ambitieux d'objectifs que sont ⁷⁷ :

- Promouvoir l'organisation et le développement des services et des programmes de prévention, de réadaptation et de réinsertion sociale en collaboration avec les administrations locales privées ou publiques existants et les organismes internationaux ;
- Stimuler les administrations et les partenaires en vue de la création des structures appropriées au profit des personnes handicapées ;
- Amener les pouvoirs publics à créer et à appliquer une législation spéciale relative à la protection, à la formation, et à l'emploi des personnes handicapées ;
- Renforcer la capacité des associations membres à réaliser leur programme pour l'égalisation des chances ;
- Constituer un système de coordination destiné à promouvoir et à assurer un échange d'informations pour la participation dans l'égalité au niveau national, régional et international ;
- Promouvoir la réalisation des projets communautaires pour le maintien des revenus et la sécurité sociale ;
- Rechercher les moyens financiers, matériels et humains à la réalisation de ces objectifs.

Le grand ensemble UNHACO regroupe en son sein les associations des personnes handicapées suivantes :

- 1 - L'Association Nationale des personnes Handicapées Motrices du Congo (ANHAMCO) ;
- 2 - L'Association Nationale des Lépreux du Congo (ASL) ;
- 3 - L'Association Nationale des Personnes Handicapées Mentales du Congo (ANPHMC) ;

⁷⁷ Statuts de l'UNHACO ; Brazzaville ; Février 1996.

- 4 - L'Association Nationale des Aveugles et Déficients Visuels du Congo (ANADVC) ;
- 5 - L'Association Nationale des Sourds et Déficients Auditifs du Congo (ANSDACO) ;;
- 6 - L'Association Nationale des Femmes Handicapées du Congo (ANAFHCO).

Certains groupements ou associations ne faisant pas partie directement de l'UNHACO, lui sont affiliés ; dans ce cas nous pouvons citer :

- 1 - Groupe d'Intégration des Personnes Handicapées de la Cuvette-Ouest (GIPHCO) ;
- 2 - L'Association des Enfants Albinos du Congo (ASEALCO) ;
- 3 - Handicap 3 (H-3) ;
- 4 - Handicap - Secours du Congo (HASECO).

D'autres associations ou structures existent au Congo et s'occupent de la défense des droits et des intérêts des personnes handicapées, sans pour autant appartenir au grand ensemble UNHACO ; il s'agit entre autres :

- Du Comité de Défense des droits des Personnes Handicapées (COD-PH) ;
- De la Ligue d'Éducation, de Formation et d'Information des Personnes Handicapées (LEFIPH) ;
- Congo-Assistance (Association humanitaire présidée depuis les années 80 par l'épouse du Chef de l'État congolais et qui mène une lutte contre le SIDA et des actions de bienfaisance en faveur des malades, des enfants, des pauvres et des handicapés).

Par ailleurs, l'UNHACO est membre actif de plusieurs Organisations Internationales ou Mondiales, telles que :

- L'Organisation Mondiale des Personnes Handicapées (OMPH),
- La Fédération Mondiale des Sourds (FMS),
- Inclusion Internationale,
- La Panafricaine des Personnes Handicapées (PANHA),
- La Fédération d'Afrique Centrale des Associations pour la Promotion et la Protection des Droits des Personnes Handicapées.

Le grand ensemble UNHACO travaille également en partenariat avec l'État ainsi qu'avec des organisations et institutions mondiales comme : l'OMS, le PNUD, la Fondation Raoul FOLLEREAU, le FUNEAP, Lions-Club, Caritas, l'Institut Africain de Réadaptation.

Les activités menées par l'UNHACO sont nombreuses et variées comme le prouve son programme d'activités de l'année 2000 qui suit :

Programme d'Activités de l'UNHACO pour l'année 2000 ⁷⁸

TACHES	OBJECTIFS	CONTENU
1. Alphabétisation	Donner un outil ergonomique de communication aux handicapés	Élaboration des programmes, Préparation de la logistique, Lancement et Rapport
2. Formation informatique, aux micro-projets et à l'internet	Former à l'auto-assistance, communication, mobilité et vie quotidienne	Élaboration des programmes, Préparation de la logistique, Dotation ordinateurs et connexion internet Lancement et Rapport
3 - Incitation à l'État à la prise des textes d'application de la loi 009 du 22/4/92	Promouvoir et protéger la vie des handicapés, Faire profiter des services offerts à l'ensemble de la communauté dans le domaine essentiel de l'existence	Contacts avec les départements ministériels et autres entités concernés, Rapport
4 - Réinsertion des personnes handicapées victimes des différentes guerres	Réinstaller et ré-équiper les personnes handicapées, Fournir des auxiliaires techniques, des appareils favorisant la mobilité et d'autres dispositifs	Dénombrement des victimes, Connaissance de leurs doléances Contacts avec les institutions intéressées par la question, Rapport
5 - Organisation des activités culturelles	Sortir la personne handicapée de sa torpeur habituelle, Mettre en valeur leur potentiel créatif, artistique et intellectuel pour leur propre bénéfice et pour l'enrichissement de la collectivité	Préparation des activités, Recherche du financement, Réalisation, Rapport
6 - Incitation à l'insertion de l'écriture braille et de la langue des signes dans le programme national de l'éducation	Vulgariser la pratique, Faciliter la communication et l'information au grand public	Organisation et tenue des séminaires, Ateliers de formation, Rapport

⁷⁸ Source : UNHACO ; Brazzaville ; Juin 2000.

TACHES	OBJECTIF	CONTENU
7 - Coopération avec les organisations soeurs nationales et internationales	Collaborer avec le Ministère de tutelle, l'OMS et autres associations caritatives dans le domaine de la vaccination, la prévention de l'infirmité de l'incapacité et du handicap Assurer la diffusion des connaissances et des techniques pertinentes de prévention de guerres, de planification et de la vie familiale	Information et éducation du public, Échanges d'expériences, séminaires, voyages et conférences, Rapport.

TABLEAU II : Programme de l'UNHACO

Il apparaît de ce qui précède que l'Union Nationale des Personnes Handicapées du Congo joue un rôle central dans la promotion et la recherche des solutions aux problèmes des personnes en situations de handicaps au Congo-Brazzaville.

Cette association qui ressemble à une institution publique est perçue par certains observateurs comme un syndicat, ou comme une organisation à caractère socio-politique, dominée par des handicapés physiques instruits.

Cette situation pourrait s'expliquer d'une part par une forte position des handicapés physiques qui ont toujours été à la tête de l'UNHACO depuis sa création ; et d'autre part, par son passé qui faisait d'elle à l'époque du "*monopartisme*", une "*organisation de masse*" octroyant à ses cadres de façon automatique le statut de salarié de l'administration. Certains militants de base de l'UNHACO, lui font le reproche d'être une organisation "*d'intellectuels*" coupés de la base de l'organisation.

Même si les problèmes posés par les militants de l'UNHACO concernent l'ensemble des personnes handicapées congolaises, les activités menées par cette association profitent presque de façon exclusive aux personnes handicapées vivant dans les plus grands centres urbains : Brazzaville (siège de l'Association et capitale du Congo) et Pointe-Noire (capitale économique du pays), ensuite de façon moindre dans certains centres urbains comme Dolisie, NKayi, Impfondo et Ouesso.

L'UNHACO n'a aucune implantation en milieu rural où les personnes handicapées sont à la charge de leurs familles, sinon abandonnées à eux-mêmes.

II.2.4. La personne handicapée en milieu rural

II.2.4.1. Insertion socioprofessionnelle de la personne handicapée

Même s'il n'a jamais été nulle part facile d'être handicapé, la personne handicapée en milieu rural congolais est intégrée dans la société traditionnelle. Il convient de souligner que l'auteur du présent travail est lui-même né au village, y est resté jusqu'à douze ans et n'a jamais cessé d'y retourner souvent.

La personne en situation de handicaps ne vit pas dans un "*monde*" à part, elle appartient à un clan ou à un village au sein duquel elle participe à toutes les activités suivant ses possibilités. Les autres membres de la communauté villageoise lui sont solidaires en lui épargnant des tâches qui lui sont impossibles à réaliser.

Cette société traditionnelle ne connaît pas la notion de "*travail*" au sens moderne du terme, car la distinction est difficile à faire entre le travail et le non-travail. Les activités économiques des zones rurales reculées se résument presque exclusivement à l'agriculture, la pêche et la chasse. Ensuite, il n'y a pas de relation directe entre la production individuelle et la consommation individuelle, les deux étant globalement organisées au niveau du clan familial ou du village. C'est donc dans cet ensemble de production et de consommation collectives que la personne handicapée est traditionnellement intégrée. Le handicapé est déchargé des obligations de travail ou chargé simplement de petites occupations productives, sans être exclu de la consommation collective. Il existe un système de production ou un travail global, à l'intérieur duquel, il peut toujours y avoir des occupations utiles, nécessaires, réalisables par le handicapé. Il peut, par exemple, servir de témoin crédible dans certaines situations ou la parole des personnes dites "*valides*" ne serait prise au sérieux ; tout comme il peut garder le village, les enfants ou les animaux domestiques pendant que les autres membres du clan sont au champ, à la pêche ou à la chasse. La redistribution des revenus du travail

collectif s'opère de façon solidaire par le chef de famille ou du clan, en prenant en compte tous les membres du clan, donc y compris la personne handicapée.

Ainsi, on ne trouverait nulle part dans un village, une personne handicapée en train de mendier, sinon la honte et les critiques s'abattraient directement sur sa famille et son clan ou de son village en général.

Au plan scolaire, la situation est catastrophique pour les handicapés sensoriels qui n'ont aucun accès à l'éducation moderne faute de moyens techniques et d'établissements spécialisés. Les handicapés physiques quant à eux sont confrontés au problème d'éloignement de certains établissements scolaires accueillant tous les enfants.

Avec l'évolution devenue inévitable dans les villages, les problèmes des handicapés en milieu rural sont de plus en plus proches de ceux du milieu urbain. La vie villageoise paisible est faite aussi d'un dur labeur qui nécessite un effort permanent contre : la pauvreté, la maladie, la sorcellerie, la jalousie... Les besoins nouveaux nés de l'apport des sociétés mercantiles mettent sous pression l'équilibre traditionnel. Ces pressions et tensions peuvent apparaître sous forme de conflits sociaux entraînant : la dissolution des normes de solidarité au profit d'un comportement individualiste, des exclusions, des mécanismes victimaires, l'exploitation des pauvres par les nantis ou des "*faibles*" par les "*forts*". Malgré l'intégration toute naturelle de la personne handicapée dans la société traditionnelle, sa présence dans une famille constitue toujours, même dans les circonstances où elle n'implique pas des dépenses spécifiques, une charge à supporter.

II.2.4.2. Changements et inégalités sociaux

De nos jours il n'y a plus de sociétés villageoises stables en Afrique noire en général et au Congo-Brazzaville en particulier. Bien qu'à des degrés divers, partout ces sociétés rurales traditionnelles ont été entraînées dans la dynamique d'un changement effréné des structures sociales, économiques, politiques et culturelles devenu permanent. Les habitudes, les comportements alimentaires et vestimentaires ne sont par exemple plus ceux d'il y a quarante ans. Ce changement lui-même est devenu un vrai problème à prendre en compte dans l'étude des sociétés d'Afrique noire tant sur le plan théorique que méthodologique.

Malgré ce changement palpable, les disparités entre les villes et les régions rurales demeurent très importantes sur divers plans.

Les statistiques sur les personnes handicapées en milieu rural sont inexistantes au Congo-Brazzaville, sachant qu'il n'y a presque pas dans les villages des services médico-sanitaires adaptés, ni d'associations de personnes handicapées. Sur ce plan les inégalités entre les villes et les zones rurales sont des plus criantes, même si la situation n'est pas toujours la même pour toutes les régions rurales. Les statistiques sur le nombre d'habitants par médecin ou par infirmière sont édifiantes sur les difficultés globales des populations, sachant que le pays ne dispose même pas d'un médecin pour cinq mille habitants, proportion minimale recommandée par l'OMS.

II.2.5. Perception et réalité socioculturelle

Dans la société traditionnelle africaine en général et congolaise en particulier, le handicap, la maladie et la mort sont le résultat d'un désordre ou des problèmes sociaux. Même si la distinction est clairement faite entre une personne malade et une personne handicapée, les causes à l'origine de ces deux états sont souvent considérées comme identiques. La dominante, c'est l'explication sociale et non médicale du handicap, même si cette dernière peut s'ajouter de façon secondaire à la première.

Selon cette explication, le handicap ou la maladie mentale, par exemple, sont dues à une agression menée soit par les hommes (êtres vivants) ou par les esprits (ancêtres, Dieu), et l'expression de l'individu agressé est davantage un désordre qu'une maladie.

- L'agression par les hommes se fait directement par un parent ou un voisin (malédiction orale, par exemple). Elle peut aussi se faire indirectement par l'intermédiaire d'un tiers : le sorcier, capable de nuire à la demande. L'attaque ici ne vise pas la destruction totale de l'autre, mais plutôt sa diminution aux plans psychique, physique et social.

- L'agression par les esprits a pour principale base d'explication les systèmes traditionnels (vengeance ou punition d'ancêtres en colère suite à la transgression des lois,

tabous et coutumes) et aussi les religions et sectes d'importation faisant référence à un Dieu tout puissant à qui on doit obéissance.

La **persécution** est ici l'élément le plus caractéristique qui colore les tabous socioculturels. Elle explique pour l'individu et l'entourage tout ce qui trouble l'ordre ou encore l'équilibre relationnel du groupe familial, et tout ce qui atteint l'individu dans son être physique et spirituel.

Dans tous les cas, pour sauver la victime, l'action du guérisseur vise en accord, l'union et la communion entre l'individu et le groupe ou les ancêtres par les offrandes, les rituels ou les prières.

III.2.5.1. Une perception ambivalente de la personne handicapée

Dans la société traditionnelle, la perception du handicapé est complexe et parfois contradictoire, car les réactions envers les handicapés sont diverses :

- D'une part, lorsque le handicap est perçu comme une punition d'une personne autre que le handicapé lui-même, cette perception déculpabilise en quelque sorte le handicapé ; celui-ci fait pénitence pour une faute qu'il n'a pas lui-même commise, à la limite il n'est même pas concerné, il est victime. D'où une étonnante tolérance dans les sociétés traditionnelles africaines envers la personne handicapée.

D'autre part, on observe toute une série de comportements exactement opposés comme les très mauvais traitements entraînant la mort, pouvant être infligés à un enfant handicapé pour lui enlever toute envie éventuelle de revenir dans ce monde après sa mort, ou l'absence de toute aide à un handicapé considéré comme "*coupable*" afin de lui donner l'occasion d'expier jusqu'au bout ses fautes et afin de ne pas s'attirer des foudres des forces maléfiques suite à une intervention en faveur de celui-ci, ou le meurtre de bébés nés handicapés comme simple stratégie pour préserver l'homme et la survie du groupe familial.

Certains de nos interlocuteurs au village ont pu nous expliquer cette situation de meurtre de bébés nés handicapés.

Ainsi, par exemple, dans les villages de l'ethnie **Mbeti** (situé au Nord-Ouest du Congo), à laquelle nous appartenons, il est presque rare pour un visiteur de croiser un enfant ou un adulte polyhandicapé, un albinos, un être privé de membres, bref un handicapé de naissance. Les quelques rares personnes handicapées de naissance que l'on peut rencontrer sont les sourds-muets ; sinon des personnes qui ont contracté leur handicap après la naissance suite à un accident, la poliomyélite, une injection mal faite, la cataracte ou d'autres maladies handicapantes. Pour justifier cette situation, mon vieil oncle maternel m'a expliqué lors de mes recherches universitaires en 1998 que dans les villages **Mbetis** ou **Obambas**, tous les enfants qui présentent des malformations congénitales, même peu graves, n'étaient pas ramenés au foyer familial après leur naissance, afin de sauvegarder "*l'honneur*" de la famille et du clan. L'enfant polyhandicapé ou "*monstrueux*" doit "*rester en forêt*" (c'est-à-dire abandonner en forêt) par les femmes accoucheuses avec le consentement de la mère à qui on explique l'enjeu familial. Chez les **Mbetis** du Congo qui peuplent les zones essentiellement rurales, il y a très peu de maternités et les accouchements ont lieu, exclusivement entre femmes, en forêt derrière les habitations ; aucun homme quel qu'il soit n'est autorisé à assister. Ce sont donc les femmes qui prennent cette importante décision d'abandonner "*l'enfant indésirable*" et qui l'enterrent sur place en forêt, avant de revenir au village informer le père géniteur.

Le secret est toujours bien gardé au sein du milieu familial, le groupe des femmes accoucheuses étant toujours composé de femmes proches du père et de la mère de l'enfant abandonné (mères, tantes, soeurs et cousines des époux). Au reste du village on donne des explications très courtes du genre cette grossesse n'était que "*Yemi andja*" (ce qui littéralement signifie que la grossesse était simplement composée d'eau), ou bien "*l'enfant n'était pas encore complètement constitué*", et donc n'avait pas encore le statut d'être humain.

III.3. QUELQUES TRAVAUX ANTÉRIEURS SUR LES REPRÉSENTATIONS DU HANDICAP

III.3.1. Les recherches en France

Cette étude a été inspirée par un certain nombre de recherches menées sur le handicap et ses représentations ici en France, au sein du C.T.N.E.R.H.I. (Centre

Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations) (1990), par des chercheurs comme Alain GIAMI, Didier TRUCHOT, Jean-François RAVAUD, Henri PAICHELER et Jean-Sébastien MORVAN. Par l'étude des attitudes, des portraits et des stéréotypes, ces chercheurs ont analysé les phénomènes contribuant à la représentation sociale des personnes handicapées.

Alain GIAMI (1990) ⁷⁹ a fait une étude (au sein de CTNERHI) portant sur les représentations des handicaps chez des parents et des professionnels. Selon cet auteur, chaque sujet ou chaque personne porte en elle une Figure Fondamentale du Handicap (F.F.H.), qu'elle méconnaît plus ou moins suivant les cas, cette méconnaissance n'excluant pas (bien au contraire) le travail psychique de cette figure en relation avec d'autres éléments de représentation.

La Figure Fondamentale du handicap dont il fait l'hypothèse est sous-jacente et concomitante à la représentation spécifique de la personne handicapée et en diffère sensiblement sur le plan des contenus, des formes et des effets, elle se traduirait par des sentiments complexes de peur, de fascination ou de rejet.

Didier TRUCHOT (1990) ⁸⁰ étudie les représentations sociales des handicapés sociaux à partir d'une analyse des entretiens où il extrait des séquences attributives. Par séquence attributive on entend un segment de discours, mettant explicitement en relation une cause et un effet. Ensuite, de façon comparative, il analyse le contenu concret des attributions, ce qui permet de rendre compte et de mettre en rapport deux aspects de la représentation : sa structure et son contenu.

Jean-François RAVAUD et Henri PAICHELER (1990) ⁸¹ ont étudié la place du stéréotype au regard du concept très général de représentation sociale ; en précisant que le stéréotype désigne les catégories descriptives simplifiées pour lesquelles nous cherchons à situer autrui ou des groupes d'individus.

Ce terme, d'après eux, désigne des images mentales qui s'intercalent entre la réalité et notre perception. Elles provoquent une simplification ou une orientation sélective de

⁷⁹ GIAMI (A) : L'hypothèse de la figure fondamentale du Handicap ; in Représentations et Handicaps ; CTNERHI, Paris ; 1990 ; pp. 31 et 32.

⁸⁰ TRUCHOT (D) : L'analyse de la représentation sociale des handicapés sociaux ; in Représentations et Handicaps ; CTNERHI ; Paris ; 1990 ; p. 99.

⁸¹ RAVAUD (J.F.) et al : Représentation du Handicap chez l'enfant et l'adolescent ; in Représentations et Handicaps ; CTNERHI ; Paris ; 1990 ; p. 143.

nos perceptions et peuvent aboutir à des distorsions plus ou moins graves de la réalité. La méthode utilisée par ces deux auteurs est celle des portraits. Ils affirment que le clivage entre handicapé modèle et handicapé rejeté, est déterminé par les types de handicaps et leur nombre.

Toujours au sein du CNTRHI, Jean-Sébastien MORVAN ⁸² (1990), à partir des échelles d'attitudes et des entretiens, étudie les processus de représentation des situations de handicap qui président aux professions d'éduquer, d'assister et d'enseigner. A partir des données recueillies auprès d'éducateurs spécialisés, d'assistants de services sociaux, d'enseignants spécialisés, il analyse les images-signes du handicap. Il conclut "*qu'il n'y a pas une image du handicap et de l'inadaptation, mais il existe des images tantôt centrales, tantôt périphériques ; noyaux ou satellites, elles font faces visibles, interfaces ou parties submergées d'un vaste complexe dynamique dont les contenus sont objets ou sujets de mouvements variés qui expliquent les expressions et les traductions multiples qu'elles présentent.*"

II.3.2. Les Recherches en milieu congolais

Nous n'avons pas trouvé un travail scientifique spécifique sur "*la représentation de la personne handicapée ou des situations de handicaps*" au Congo-Brazzaville. Cependant, quelques travaux de recherches (mémoires et thèses de doctorat) ont été menés au Congo sur l'enfant ou le jeune handicapé, presque tous en milieu urbain, prenant en compte des aspects spécifiques comme : l'éducation des déficients intellectuels, l'insertion de quelques handicapés sensoriels sortis des écoles, l'intégration des handicapés physiques en milieu scolaire ordinaire. A ces quelques recherches pourraient s'ajouter les rapports et comptes-rendus des associations comme l'UNHACO ainsi que des institutions internationales : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; le Bureau International du Travail (BIT), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ; l'Institut Africain de Réadaptation (IAR)...

II.3.2.1. L'assimilation de la "déficience mentale" à la "maladie mentale"

⁸² MORVAN (J.S) : Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations ; in Représentations et Handicaps ; CTNERI ; Paris ; 1990 ; p. 77.

Quatre recherches effectuées en milieu congolais ont particulièrement retenu notre attention. Il s'agit des travaux ou des études de : Benoît MIAKALOUBANZA (1985), Jacqueline N'GABALA KIBELOLU (1990), de Jean NGAMBOU (1995), et de Joseph ONDONGO (1985).

A travers une recherche menée sur "*l'éducation des déficients intellectuels au Congo*", Benoît MIAKALOUBANZA (1985)⁸³ a remarqué "*qu'on manifeste peu d'intérêt pour les déficients intellectuels et lorsqu'il s'agit de la déficience intellectuelle, le public pense immédiatement à une personne atteinte de "maladie mentale", c'est-à-dire un fou. On pense à la folie ; on fait allusion à une personne adulte qui a perdu sa conscience. On ne pense jamais, sinon rarement à un enfant né déficient intellectuel ou mental ou devenu déficient au cours de sa vie pour quelques raisons. L'enfant déficient mental est assimilé à un fou...*". Selon cet auteur, "*cette assimilation est une simple question de représentation qu'on se fait de l'enfant handicapé mental au travers de ses comportements, question d'idéologie aussi, mais surtout question de ressources actuellement insuffisantes à donner à tout le monde dans le cercle familial et même la société en général*"⁸⁴.

Benoît MIAKALOUBANZA (1985) dénonce la confusion au Congo entre l'adulte "*malade mental*" et l'enfant "*déficient intellectuel*", car chez les deux, il n'y a pas de similitude de comportement, même si dans les deux cas l'atteinte psychique est avérée. Il explique cette confusion par l'image de "*personne inutile*" qu'ont les sociétés dites modernes à l'égard d'un enfant déficient mental, alors que la société congolaise ancienne accordait plus de soins (surtout affectifs) à une personne dite anormale par le biais de sa famille qui l'entourait pour éviter d'aggraver son état.

Cette représentation un peu confuse de la personne handicapée que relève Benoît MIAKALOUBANZA (1985) est fonction des images et des stéréotypes prédominants dans la société, et s'explique surtout par l'absence de connaissances précises sur les deux types de problèmes psychiques.

Cette assimilation de la déficience intellectuelle à la maladie mentale fait du "*déficient intellectuel*" un handicapé à part ou exceptionnel. Ainsi MIAKALOUBANZA

⁸³ MIAKALOUBANZA B. : L'Education des déficients intellectuels au Congo : analyses et propositions ; Thèse de Doctorat 3e cycle ; Paris X Nanterre ; 1985 ; pp. 11 et 12.

⁸⁴ idem p. 12.

(1985) note que *"on n'accorde pas le même crédit aux problèmes de la déficience intellectuelle qu'à ceux soulevés par les autres types de handicaps : infirmité physique, cécité, alors que tous ces cas sont des handicaps. L'infirmité physique et la cécité entraînent compassion et sympathie, l'arriération mentale par exemple entraîne "rejet" autant que la maladie mentale crainte pour ses agressions spontanées ou permanentes"*⁸⁵.

III.3.2.2. Le handicap : une maladie anormale chez les Kongo

Jacqueline N'GABALA KIBELOLO (1990), dans une étude portant sur *"l'enfant handicapé par déficience physique"* chez les Kongo du Congo-Brazzaville, relève comme Benoît MIAKALOUBANZA (1985), une assimilation du handicap à la maladie. Elle évoque le *"Concept du handicap-maladie"* en soulignant que *"toutes les affections de quelque nature qu'elles soient n'ont que deux causes aussi distinctes que simplistes ou c'est une maladie naturelle ou simple "maladie de Dieu" ou c'est une maladie induite par le sorcier"*⁸⁶.

En effet, le handicap mental et certaines formes de folie sont décrits comme des maladies anormales. *"Le handicap mental est le témoignage ou signe d'une tension ou de conflits sociaux parmi les membres de la communauté ou encore d'un déséquilibre rituel entre le monde des ancêtres et celui des vivants. Il peut être aussi à la base de la transgression soit d'une règle sociale, soit d'un interdit par le malade ou par un membre du clan. La maladie mentale peut être la conséquence d'une initiation du patient à la "magie" et aux fétiches ou elle peut résulter soit d'une action de la sorcellerie et de l'envoûtement d'une personne par une autre, ou par des motifs internes au nom de la sorcellerie"*⁸⁷.

En résumé, d'après KIBELOLO (1990) *"Les Kongo de la République Populaire du Congo considèrent le handicap à la fois comme "un état d'être" et une maladie anormale". De ce fait la tradition attribue aux handicapés une fonction selon le cycle de vie de la personne"*⁸⁸.

⁸⁵ MIAKALOUBANZA (B.) : L'Education des déficients intellectuels au Congo : analyses et propositions ; Thèse de Doctorat 3e cycle ; Paris X Nanterre ; 1985 ; p. 13.

⁸⁶ N'GABALA KIBELOLO (J.) : L'enfant handicapé par déficience physique chez les Kongo : essai d'intégration en milieu scolaire ordinaire ; Thèse de Doctorat, EHESS, Paris, 1990, p. 78.

⁸⁷ Ibidem p. 91.

⁸⁸ Ibidem p. 3.

Sur le plan de l'image que l'on se fait de la personne handicapée en milieu Kongo, l'étude de KIBELOLO (1990) nous apprend que *"l'aveugle est considéré comme un sage, un griot. Son handicap ne gêne personne. Par contre il est craint ; son éducation est très souvent prise en considération par les personnes plus âgées de la communauté"* ⁸⁹. Quant à la personne sourde, *« elle ferait aussi l'objet des craintes et serait considérée comme la victime d'un mauvais sort lancé à l'encontre de ses parents par le sorcier »*⁹⁰.

Par ailleurs, les albinos, les nains, les arriérés, les autistes, les manchots sont pris pour des enfants anormaux désignés par l'expression *"bana bamaza"* (enfant d'eau).

Les Kongo disent des *"bana bamaza"* que *"ce sont des esprits ancestraux qui de leur vivant auraient connu une mort tragique par des maladies d'ordre psychosocial ou par accidents et qui renaissent chez les vivants sous forme d'enfants spéciaux qui sont parmi les plus difficiles et les plus compliqués à élever"* ⁹¹.

III.2.3. Le handicap à la base des problèmes psychologiques et sociaux

En analysant la situation socioprofessionnelle des jeunes handicapés auditifs de Brazzaville, Jean NGAMBOU (1995) ⁹² note que ces personnes handicapées ne peuvent pas prendre une part active à la vie de la société, en raison d'obstacles divers :

- Problème d'accessibilité aux édifices publics ;
- Difficultés liées aux démarches administratives ;
- Exclusion de la vie sociale, culturelle et sportive ;
- Exclusion de la vie professionnelle, sinon en cas d'embauche, ces personnes se voient souvent confiées des emplois subalternes et mal rémunérés.

Selon Jean NGAMBOU (1995), *"les préjugés étiquetantes "d'invalidité" et la discrimination dont les personnes handicapées sont fréquemment victimes sont une*

⁸⁹ Idem p. 90.

⁹⁰ Idem p. 90.

⁹¹ Idem p. 90.

⁹² NGAMBOU (J.) : L'insertion socio-professionnelle des jeunes handicapés de Brazzaville : cas des handicapés auditifs ; Mémoire de l'INJS ; Brazzaville, 1995, p. 12.

source de problèmes psychologiques et sociaux dont la résultante est la frustration renforçant ainsi le handicap" ⁹³.

Sur le plan professionnel, NGAMBOU a pu remarquer que, bien formées et placées suivant leurs compétences, le rendement de certaines personnes handicapées, dans certains secteurs d'activités, est le même et parfois bien meilleur que celui des personnes considérées comme valides. C'est le cas dans certains métiers bien spécifiques comme : l'artisanat, l'horlogerie, la mécanique, l'électronique, la cordonnerie, la fabrique des briques et la poterie.

III.2.4. Une vision ethnopsychiatrique du handicap au Congo

Enfin, lors d'une réflexion d'ordre ethnopsychiatrique concernant les représentations, coutumes et usages sociaux des handicaps à travers l'histoire des communautés humaines, des mythes et légendes, de certaines pratiques magico-religieuses, Joseph ONDONGO (1985) ⁹⁴ soutient qu'outre des différences culturelles réelles observées dans chaque culture à partir de son rapport au handicap, apparaissent des représentations ainsi qu'un rapport au handicapé communs à toutes les sociétés dans la réalité vécue ou sous forme de fantasmes inconscients. Par la compréhension d'éléments communs aux êtres humains, tels l'envie de meurtre, la peur, l'abandon, l'agressivité... l'auteur apporte des informations importantes sur la pratique de la suppression des enfants difformes sous l'Antiquité, ainsi que de nos jours dans certaines communautés congolaises dites traditionnelles.

Selon Joseph ONDONGO (1985) ⁹⁵, les attitudes et représentations vis-à-vis du handicap et des handicapés oscillent à travers l'histoire humaine, y compris au Congo-Brazzaville, entre les trois positions suivantes :

- Des représentations et attitudes positives du handicap que l'on découvre chez certains groupes ethniques d'Afrique noire, d'Asie et chez des Indiens d'Amérique. En exemple, l'auteur nous annonce que chez les Batékés Alima, groupe ethnique situé au

⁹³ Idem p. 3.

⁹⁴ ONDONGO (J.) : Culture et Handicap : un regard ethnopsychiatrique ; in les Cahiers du CTNERHI ; n° 31 juillet-septembre 1985 ; pp. 19 à 30.

⁹⁵ Idem p. 20.

nord du Congo-Brazzaville, chez les Bafulunga de l'ex-Zaïre, le long du fleuve Congo, mais également parmi les Bassundi (du sud du Congo-Brazzaville) lorsqu'un infirme moteur parvient à devenir guérisseur (*nganga*), son pouvoir est hautement apprécié, car beaucoup pensent que son handicap augmente son pouvoir de voyance et thérapeutique.

En plus, il y a une croyance qui dit que ces *nganga* "spéciaux" ne sont jamais initiés aux pratiques de guérison comme les individus "*normaux*" ; ils acquièrent leur savoir et leur puissance de *nganga* le plus souvent suite à une simple balade en forêt.

- Des positions et représentations négatives du handicap, où il y a rejet et même expulsion catégorique, dominantes dans les sociétés antique et romaine et que l'on retrouve encore pratiquées par certains groupes ethniques d'Afrique noire, et d'une manière plus socialisée par les Européens. Ce rejet direct et violent du handicap est celui qui se manifeste sous forme d'exclusion totale ou même de mise à mort des handicapés. Joseph ONDONGO (1985) nous cite des études menées au Nigeria selon lesquelles :

"Les Youroubas et les Igalas empoisonnent le handicapé ou le laissent mourir de faim ; les Kagoros mettent l'enfant handicapé dans le sanctuaire et interdisent à ses parents de le voir ; les Youroubas le coupent en morceaux ou le font brûler avant de l'enterrer, tandis que les Attackery l'emportent au fin fond de la brousse et l'abandonnent en lui promettant de lui apporter à manger, mais ne reviennent jamais. Les Tivs enfin jettent l'enfant dans la rivière, leurs croyances voulant qu'il se transforme ensuite en gros serpent" ⁹⁶.

L'auteur nous apprend en même temps que chez les Bangangoulous (ethnie du centre du Congo) on ne rencontre presque pas de personnes handicapées adultes, car tous les enfants qui naissent avec des malformations congénitales, même légères, sont désignés comme "*mwana-onfou*" (ce qui signifie littéralement l'enfant du diable) et la communauté se "*débarrasse*" systématiquement de cet enfant différent des enfants ordinaires. Les Boungangoulous utilisent deux techniques nécessitant les rites de mise à mort de cet enfant : l'enfant handicapé est soit noyé dans un fleuve ou une rivière, comme on l'observe chez les Tivs, soit brûlé comme chez les Youroubas. Cette incinération de "*l'enfant du diable*" est toujours réalisée dans une forêt et le corps de l'enfant est brûlé dans une termitière. Puis le "*ngâ*" ou "*nganga*" doit s'assurer que le corps difforme de "*l'enfant du diable*" a été totalement calciné, avant d'ordonner que l'on bouche le trou fait

⁹⁶ Idem p. 23.

dans la termitière avec de la terre battue, de peur que l'enfant handicapé éliminé ne revienne au foyer familial.

- Enfin, les représentations ambivalentes dans lesquelles le handicapé est sacralisé, tout en étant considéré à la fois comme pur et impur, repoussé ou aimé. Souvent soumis à différentes épreuves ordaliques avant d'être choisi par les dieux et adopté par les hommes, il est quelquefois élevé au rang de dieu comme le rapporte les nombreux mythes de la Grèce antique. L'auteur trouve cette même position chez le peuple Manding du Mali à travers l'histoire de Soundiata Keïta, le roi Manding du XIIIe siècle, ou dans les légendes de certaines tribus d'Indiens d'Amérique. En évoquant les mythes, il rejoint totalement la pensée structuraliste développée par LEVI-STRAUSS (1958)⁹⁷, qui insiste sur la décomposition d'un mythe en mythèmes, éléments d'opposition le structurant à partir desquels sont rendus compréhensibles d'autres mythes se rapportant plus ou moins au premier et cela quelles que soient les cultures.

En plus de la description de ces attitudes très tristes et regrettables de rejet et de meurtre des handicapés, Joseph ONDONGO (1985) nous ramène à la fin de son article à la notion de "*handicap-maladie*" développée plus haut par les auteurs précédents, sur la perception du handicap au Congo. Cette assimilation du handicap à la maladie, ajoutée au sentiment ou au désir d'être à tout prix identique, peut aller jusqu'à vouloir la guérison miraculeuse des handicapés. Dans cette optique, nous citons l'histoire suivante vécue et racontée par le même auteur :

"En Afrique Centrale, et plus particulièrement au Zaïre et au Congo-Brazzaville, il existe un groupe religieux assez important, le Kimbanguisme. C'est un mouvement de type messianique fondé en 1921 au Zaïre par le prophète Simon Kimbangu. Actuellement, ce groupement religieux est dirigé par le dernier fils de Kimbangu, Joseph Dianguï nda. En 1966, à l'occasion de l'inauguration d'une nouvelle église Kimbanguiste dans le quartier Mounjali à Brazzaville, Joseph Dianguï nda promet d'accomplir des miracles comme Jésus-Christ l'avait fait en guérissant des handicapés de toutes sortes. Une grande fête fut organisée, réunissant de nombreux adeptes kimbanguistes des deux rives du fleuve Congo. Tous les handicapés furent invités, notamment les paralytiques et les aveugles de Brazzaville et des environs. Après les prières et les cantiques évoquant l'appel de Dieu tout-puissant., Dianguï nda fit venir devant lui les personnes handicapées qui s'étaient présentées ce jour-

⁹⁷ LEVI-STRAUSS (C.) : Anthropologie structurale, Edition Plon ; Paris ; 1958.

là. Mais, comme vous pouvez vous en douter, ce fut un échec total car aucun paralytique n'abandonna ses cannes ou son tricycle et aucun aveugle ne vit la lumière. Personne ne recouvra la "normalité". La justification de cet échec fut que ces hommes et femmes handicapés n'avaient pu recouvrer leur "normalité" parce qu'ils étaient encore de grands pêcheurs..."⁹⁸.

Dans un contexte un peu identique, nous avons nous-mêmes assisté en 1989 dans les rues du quartier Poto-Poto de Brazzaville, à la venue d'un autre "messie" qui prétendait guérir, par la prière rien que la prière, les malades et les personnes en situations de handicap (aveugles, sourds, paraplégiques et autres). Il s'agissait de Yocka Nguédé William plus connu sous l'appellation de "*prophète Willy*" revenu dans son pays après un séjour, soi-disant pour études d'informatique, en France. Il aurait abandonné sa formation pour revenir au Congo son pays natal, après une révélation divine depuis la France, lui ayant conféré un certain pouvoir de sauver ses frères et soeurs en s'appuyant sur les écrits et des pratiques de la bible chrétienne. Des séances de prière étaient organisées en pleine rue, car le "*prophète Willy*" n'avait pas encore à l'époque de lieu de culte digne de ce nom, et les fidèles venaient de tous les quartiers de Brazzaville, vu que le pari sur la guérison était énorme. Le jour de notre présence sur le lieu de prière, nous avons pu constater que les personnes handicapées, venues en grand nombre, accompagnées pour la plupart de leurs parents, occupaient les premières places. Peu avant la fin de la prière, au moment du bilan, seule une femme avait pu témoigner parmi des dizaines de personnes, de la disparition d'une "*bosse*" qu'elle aurait au bas-ventre avant d'arriver sur le lieu de prière, sans que quiconque n'ait pu vérifier la crédibilité du témoignage, les acclamations ont retenti dans la foule. Pour tous les autres malades et handicapés le miracle n'avait pas pu se produire ; la justification de l'échec était la même que celle de l'histoire racontée par ONDONGO, avec en plus le fait que les "*malades*" n'avaient pas suffisamment fait des dons pour la construction d'une chapelle. A ce jour le groupe religieux du "*prophète Willy*" dispose d'importants biens immobiliers dans Brazzaville et ses environs, pendant que les handicapés physiques de Brazzaville ont toujours recours à leurs béquilles et tricycles pour se déplacer, les aveugles n'ont pas recouvert la vue et les sourds n'entendent toujours pas.

En conclusion de ce qui précède, il convient de préciser que le handicap n'est pas une maladie, elle est plutôt un état d'être, une situation particulière à laquelle on doit accorder une attention adéquate. La maladie est au contraire l'un des facteurs à l'origine

⁹⁸ ONDONGO (J) : Culture et Handicap : un regard ethnopsychiatrique ; in les Cahiers du CTNERHI ; n° 31, juillet-septembre 1985, p. 29.

des situations de handicaps. Une personne handicapée n'est donc pas une personne malade, même si les deux ont besoin de soins particuliers. Le handicap pose plus un problème de différence et d'adaptation sociale, alors que le malade recherche la guérison. L'assimilation du handicap à la maladie est une confusion ou un amalgame à éviter. Il est vrai que le handicap comme la maladie font peur et suscitent des attitudes de mépris, d'intolérance et d'abandon. Ces attitudes peuvent se rencontrer à des degrés divers dans notre vie quotidienne, dans nos rapports avec des personnes handicapées ou en difficulté. Loin de les nier, nous devons plutôt en prendre conscience afin de mieux accepter les personnes handicapées, de les aider autant que possible avec leur différence, quelle que soit la personne et sa culture, même si très peu de gens ont des contacts avec les handicapés.

CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

IV.1. LA PROBLEMATIQUE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La rencontre d'une personne handicapée est a priori source de diverses appréhensions, au Congo, comme partout ailleurs. Ainsi, parler du handicap et de sa représentation sociale, c'est poser d'emblée la question du regard porté sur la déficience et surtout sur la personne porteuse de cette déficience. Le vécu des personnes handicapées est, en grande partie, déterminé par les représentations du handicap des acteurs de la société à laquelle elles appartiennent.

Nous avons décrit plus haut la manière dont est perçue la personne handicapée au sein de la société congolaise.

Parfois rejetée, discriminée, niée et marginalisée ; parfois assistée, respectée et rapprochée de notre compassion, la personne handicapée revendique de nos jours une identité statutaire accompagnée des droits inhérents à son statut. La question de l'identité et de l'image que véhicule la personne handicapée est donc centrale. En dépit des efforts des Institutions internationales et des Associations pour personnes handicapées, la terminologie pénalisante du handicap renvoie à un regard particulier qui met l'accent sur le "manque" ou le déficit physique ou intellectuel, en occultant les potentialités et les aptitudes que détient encore la personne handicapée.

Au Congo Brazzaville, la loi du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion de la personne handicapée, institue le principe d'insertion, de lutte contre l'exclusion, de solidarité nationale par des aides et des avantages individuelles ou collectives, ainsi que la prise en compte de tous les handicaps, quelle que soit leur forme, par l'État et la collectivité nationale. Quinze ans après, qu'en est-il du vécu réel des personnes ayant une déficience physique, visuelle, auditive ou mentale ?

Entre la tolérance et l'admiration d'une part, ensuite le rejet et la peur d'autre part, le regard porté par la société sur la personne handicapée est ambivalent. La solidarité exprimée spontanément ou décrétée par les textes ne résout pas le problème identitaire. Comment peut-on rendre possible un nouveau regard, dans le but de donner aux personnes handicapées la possibilité de s'épanouir et faciliter leur participation à des activités valorisantes ?

Le travail que nous entreprenons porte sur les représentations du handicap, élaborées par différents entourages des personnes handicapées (parents, amis et professionnels) et par des personnes non directement concernées par le handicap, ni impliquées dans des interactions directes avec les personnes handicapées. Cette précision nous permet alors de dégager deux types d'acteurs :

- les personnes en contact avec les handicapés dans leur vie quotidienne,
- et les personnes sans contact permanent avec les handicapés.

Cette distinction binaire ne nous fait pas oublier la place centrale qu'occupe la personne handicapée elle-même dans notre processus d'analyse.

Mieux, nous voulons cerner les représentations générées ou mobilisées par le handicap d'une personne au sein de son entourage proche (parents, amis, éducateurs, responsables institutionnels) et au sein de son environnement social global, par une investigation en milieu urbain (Brazzaville) au regard des habitudes et attitudes des acteurs sociaux.

Il s'agit de mettre à jour la place spécifique que fait la société congolaise à la personne handicapée, en référence principalement au handicap physique, à la déficience sensorielle ou mentale, en analysant la situation de son insertion socio-professionnelle. En quoi l'image mentale du handicap physique diffère-t-elle de celle de la déficience sensorielle ou mentale ?

Quel impact peut avoir le perpétuel changement (social, économique, politique et culturel) de la société congolaise sur la représentation de la personne handicapée en prenant en compte les considérations socio-culturelles traditionnelles ou ancestrales qui ont toujours caractérisées cette société ?

Le choix de notre thème d'étude se justifie par un enjeu comprenant à la base cinq (5) dimensions :

- psychologique,
- humanitaire,
- culturelle,
- socio-économique
- et scientifique.

- Au plan psychologique : la notion de représentation a envahi tous les domaines des sciences humaines et sociales : l'anthropologie, l'histoire, la politologie, la sociologie y ont recours. Le récent développement des sciences cognitives lui donne sa place, non seulement dans les neuro-sciences, mais, à côté de la logique et de la linguistique, dans la psychologie. Consacrée par Freud en psychanalyse et par PIAGET en psychologie génétique, elle a reçu avec MOSCOVICI, par la conceptualisation de la représentation sociale, son élaboration la plus poussée, nous permettant de rendre compte des relations sociales et d'un phénomène de la vie comme le handicap.

Au vu des nombreux problèmes individuels ou humains (frustration, négation, meurtre, marginalisation, manque d'identité) que connaissent les personnes handicapées au Congo, une approche psychologique trouverait sa place parmi d'autres démarches tendant vers l'amélioration du regard de la collectivité vis-à-vis de la personne déficiente.

- Sur le plan humanitaire le thème que nous abordons est plus que jamais d'actualité au regard du nombre d'Organisations Non Gouvernementales et d'Associations locales qui se disent préoccupées par la situation des handicapés, et qui mettent en place des aides pour leur insertion sociale. Ce foisonnement d'Associations en faveur des personnes handicapées au Congo est assez récent (moins de vingt ans) et traduit la prise en compte d'un phénomène social qui interpelle tous les membres de la société congolaise, quel que soit le niveau de responsabilité de chacun.

- Sur le plan culturel : la dynamique de changement culturel dans lequel est entraîné le Congo présente un intérêt dans l'observation, de façon synchronique, de l'évolution des mentalités, des coutumes, des attitudes, de la perception, bref des considérations socio-culturelles vis-à-vis des personnes en situation de handicaps. Cette dynamique de changement nous amène à nous interroger sur le devenir des traditions et des pratiques ancestrales auprès des citoyens interrogés au cours de cette étude.

- Sur le plan socio-économique : l'enjeu est plus que nécessaire vu les nombreuses difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de handicaps. La résolution de leurs problèmes pose d'abord les questions de la place qui leur est réservée au sein de la société, et du regard, non seulement des décideurs, mais aussi de l'ensemble de la société vis-à-vis d'elles. La société congolaise peuplée majoritairement des jeunes, parmi lesquels il y a aussi des jeunes handicapés, a besoin de la participation de toutes ses composantes pour un développement socio-économique harmonieux. L'insertion socio-économique qui pourrait être proposée aux jeunes handicapés, ne pourrait découler que de l'ensemble des représentations sociales que les décideurs et la société ont d'eux.

- Sur le plan scientifique : notre travail est à la fois une recherche de terrain, par notre démarche et la nature du thème, et une recherche fondamentale par l'ébauche théorique effectuée sur les notions polysémiques de représentation et de handicap.

Nous n'avons trouvé aucun travail scientifique portant de façon spécifique sur les représentations des situations de handicap au Congo. Cette étude, première sur ce thème, acquiert donc un caractère de précurseur ou d'éclaireur, pouvant servir de base à d'autres qui s'intéresseront au même sujet dans le même contexte.

En plus du questionnement et des enjeux qui viennent d'être explicités, notre étude a pour principaux objectifs de :

- Sensibiliser et attirer l'attention des pouvoirs publics, des associations et des autres membres de la société congolaise sur les questions (identité, statut, insertion...) du handicap, et sur les nombreuses difficultés auxquelles sont confrontées quotidiennement les personnes atteintes d'une déficience.

- Analyser et saisir la perception et les attitudes des hommes "*valides*" face aux hommes ayant des handicaps, afin de repérer les images et les représentations qui président au processus de socialisation de ces derniers au sein de la communauté nationale. Les représentations dont il est ici question, sont plus précisément prises en compte à la fois comme ancrages, traverses et moteurs des attitudes et des comportements des différents citoyens impliqués ou non dans les situations de handicaps ou d'inadaptations.

- Contribuer à la lutte contre l'exclusion, la marginalisation, le mépris, la stigmatisation de l'homme ayant un handicap, en suscitant une prise de conscience de la

communauté face à la différence qu'impose l'état de la personne frappée par une déficience physique, sensorielle ou mentale.

Il est vrai que l'état ou la situation d'un organisme déficient suscite la peur, l'angoisse, l'évitement. Les expressions dévalorisantes (comme le terme **kikata**) qui mettent l'accent sur les faiblesses des personnes handicapées, occultent les potentialités et les aptitudes que détiennent ces personnes. Le but est donc de rendre possible un nouveau regard, afin de parvenir à l'égalité des chances et de donner à ces personnes la possibilité de s'épanouir à tous les niveaux de la société, tout en jouissant de l'ensemble de leurs droits fondamentaux comme les autres citoyens.

- Participer à la promotion des personnes en situation de handicaps, en vue de leur réadaptation ou de leur insertion socio-professionnelle adéquate, dans une société où les tabous, les barrières économiques et socio-culturelles sont autant de freins dans la marche vers l'intégration sociale des groupes vulnérables et défavorisés.

IV.2. LE CORPS D'HYPOTHESES

En tenant compte de la problématique qui vient d'être énoncée, nous formulons trois hypothèses qui sous-tendent le déroulement de cette étude, et que nous prenons le pari de vérifier par la suite.

* Dans notre approche sur les représentations des personnes ayant un handicap, nous retenons deux catégories d'acteurs :

- Ceux qui ont des contacts réguliers ou permanents avec les personnes en situation de handicaps, ce sont les parents, amis, voisins, soignants, éducateurs, dirigeants associatifs... Ils apparaissent comme des **personnes concernées** par les situations de handicaps ;
- et ceux qui n'ont pas de contacts réguliers ou permanents avec les personnes handicapées, ce sont des personnes plus ou moins lointaines qui ne vivent et ne côtoient pas quotidiennement les personnes handicapées. Ces acteurs apparaissent comme des **personnes non concernées**, a priori, de toute situation d'implication avec les handicapés.

Nous supposons que les personnes "*concernées*" par les situations de handicaps ont une meilleure connaissance de ce qui touche à la déficience, ainsi ils pourraient être plus compréhensifs que les personnes "*non concernées*". En se fondant sur cette distinction, nous nous sommes permis de formuler une première hypothèse :

Hypothèse 1 : Les acteurs en contact permanent avec les personnes handicapées auraient des représentations positives identiques sur le handicap, qui diffèrent de celles souvent négatives des acteurs sans interaction directe avec les personnes handicapées.

* Ensuite, le mot handicap, nous l'avons vu, n'évoque pas un phénomène singulier, il regroupe toute une multitude de situations caractérisées à des degrés divers, par l'absence ou le manque d'un organe ou d'une fonction organique chez une personne. Il n'existe donc pas, chez l'homme, une situation de handicap, mais des situations de handicaps que l'on peut décrire en fonction des types ou de la nature des handicaps. Nous prenons donc en compte les représentations du handicap physique, de la déficience mentale, et des déficits sensoriels, en rapport avec le niveau d'études, et la situation socio-professionnelle des acteurs concernés. A partir de ce constat, nous avons pu formuler une deuxième hypothèse.

Hypothèse n° 2 : Le niveau d'études et la situation socio-professionnelle des acteurs sociaux seraient les facteurs les plus déterminants sur leurs représentations des personnes handicapées

* A travers quelques exemples, et sur la base de quelques travaux antérieurs à notre étude, nous avons décrit plus haut les attitudes et les représentations vis-à-vis du handicap et des handicapés, au regard des considérations socio-culturelles et traditionnelles présentes dans la société congolaise. Il se dégage de façon constante trois positions : les attitudes et les représentations positives, les attitudes et les représentations négatives et enfin les attitudes ambivalentes. En Afrique en général et au Congo en particulier, la cause d'une maladie ou d'un handicap est extérieure : malédiction, sorcellerie, faute commise par la famille, transgression d'un tabou. La dominante, c'est l'explication sociale et non médicale, même si les deux peuvent dans certains cas être évoquées. Le handicap, la maladie et la mort sont perçus comme le signe d'un problème social.

Par ailleurs, depuis les indépendances (bientôt cinquante ans), les pays d'Afrique noire connaissent un changement bouleversant et permanent des structures sociales, économiques, politiques et culturelles. Nous pensons que ce changement peut avoir un impact sur les modes de représentations du handicap et des personnes handicapées. A partir de ce constat de changement palpable sur divers plans, nous formulons notre troisième et dernière hypothèse :

Hypothèse 3 : La dynamique des changements sociaux, économiques, politiques et culturels, observée au cours de ces dernières années, pourrait avoir modifié la perception sociale de la personne handicapée au Congo.

**DEUXIEME PARTIE :
LA METHODOLOGIE, LA POPULATION ET LES
OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES**

CHAPITRE V : LES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Il est question dans cette partie de la recherche de préciser l'ensemble des moyens et des techniques auxquels nous avons eu recours : la population et l'échantillon, les secteurs d'investigation, les outils de collecte et de traitement des données.

D'une manière générale, en psychologie, une recherche s'applique à un phénomène individuel ou social (le handicap par exemple) ou à une réalité particulière, c'est-à-dire, selon R. MUCCHIELLI (1989) *"la psychologie d'un groupe social, ses comportements, ses goûts, ses opinions, ses besoins, ses attentes... ses manières de vivre, de travailler... les changements et les influences auxquelles il est sensible"* ⁹⁹.

Dans le domaine psychosociologique la technique d'enquête s'appuie sur l'interrogation des sujets. Ainsi, selon GHIGLIONE et MATALON (1978), *"on est obligé de recourir à l'interrogation pour saisir des phénomènes tels que les attitudes, les opinions, les préférences, les représentations..., qui ne sont pratiquement accessibles que par le langage, et qui ne s'expriment spontanément que rarement"* ¹⁰⁰. E. MARC et D. PICARD (1989), dans ce sens, lors d'une réflexion sur les interactions sociales, écrivent que *"le langage n'apparaît pas comme un simple moyen de véhiculer des informations, mais comme une dimension essentielle de la culture où s'inscrivent la plupart des valeurs et des représentations sociales qui fondent l'échange et les pratiques collectives"* ¹⁰¹. Ce qui nous conduit ici à prendre en compte les aspects ou les dimensions socio-culturelles, dans notre approche des représentations des handicaps.

L'étude des représentations, en psychologie, consiste essentiellement à recueillir les discours des sujets par le moyen d'un questionnaire ou d'un entretien. Le sujet extériorise sa représentation interne par son discours, les représentations précèdent donc le langage. *"Concrètement l'étude d'une représentation doit reprendre pour en rendre compte, le langage, les catégories, les métaphores des sujets chez lesquels elle s'exprime"* ¹⁰².

⁹⁹ MUCCHIELLI : Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale, Séminaire, ESF, 9e édition, Paris, 1989, p. 15.

¹⁰⁰ GHIGLIONE R., MATALON B. : Les Enquêtes Sociologiques : Théories et Pratique, Armand COLIN, Paris, 1978, p. 16.

¹⁰¹ MARC E. et PICARD D. : L'Inter-action Sociale, PUF, Paris, 1989, p. 35.

¹⁰² MOSCOVICI S. : Introduction à la psycho-sociale I, Librairie Larousse ; Paris, 1972, p. 306.

Pour certains chercheurs, *"un problème important des études sur les représentations sociales est que leur matière première est constituée par les recueils d'opinions, d'attitudes ou de préjugés individuels dont il faut reconstituer les principes organisateurs communs à des ensembles d'individus"* ¹⁰³.

V.1. LES DIFFICULTÉS DANS LA COLLECTE DE DONNÉES

La difficulté majeure que nous avons rencontrée dans la réalisation de cette étude est liée à l'éloignement du terrain d'enquête : le laboratoire auquel est rattaché **l'Equipe** de recherche PCH (Perception Cognition Handicap) dont nous faisons partie se trouvant à Lyon en France loin du Congo-Brazzaville. Les guerres civiles atroces qui ont éclaté successivement dans ce pays en 1997, 1998 et 1999 ont constitué un frein et un sérieux obstacle retardant de manière significative le déroulement normal de l'étude. Nous avons été coupé, pendant tout ce temps, du terrain d'enquête, sans pouvoir réceptionner en retour les questionnaires distribués. Les structures accueillant les personnes handicapées ont été détruites ou vandalisées presque dans leur ensemble. Certains responsables et le personnel en charge des personnes handicapées ont dû trouver la mort ou bien quitter le pays. Cette situation nous a laissé pendant plus de trois ans sans interlocuteurs valables sur le terrain. Heureusement que les choses se sont améliorées au fur et à mesure à partir des années 2001-2002. Sur un plan plus pratique, les difficultés ont été aussi d'ordre relationnel :

- Des rendez-vous compliqués à obtenir pour les entretiens et les visites,
- La méfiance vis-à-vis de *"l'inconnu"* que nous représentions,
- Le caractère quelquefois tabou de certaines situations de handicaps pénibles à évoquer,
- Le blocus au niveau de certaines administrations, malgré la présentation de l'attestation de recherche dont je disposais.

Bon nombre de questionnaires ne nous sont pas revenus en dépit de notre insistance à les récupérer, d'autres n'ont pu être exploités, parce qu'ils ont été soit partiellement remplis, soit mal remplis.

¹⁰³ DOLSE, CLEMENCE, FLORENZI-CIOLDI : Représentations sociales et analyse de données, Presses universitaires de Grenoble, Grenoble, 1992, p. 15.

D'autres difficultés sont liées à la nature de l'objet d'étude qu'est la notion de représentation dans le champ des handicaps et inadaptations. Nous constatons que l'étude de la représentation soulève, chez les chercheurs qui s'y intéressent, la question de la validité scientifique, surtout dans les recherches appliquées, de cette notion dont la polysémie nuit à la rigueur conceptuelle et dont le caractère transversal réclame une élaboration unitaire. L'objet des représentations étudiées qu'est le handicap est aussi difficile à circonscrire car il offre à notre analyse, lui aussi de multiples facettes. Sous le label de handicap se décrit un ensemble de phénomènes qui se rapportent aussi bien au vécu, au statut et au rôle social de ceux qui en pâtissent, qu'aux perceptions, jugements et réactions de ceux qui les côtoient, les gèrent ou les prennent en charge. On est en droit de craindre que les notions de handicap et de représentation, dans leur polysémie, ne favorisent le manque de rigueur scientifique et des visions simplificatrices ou biaisées des phénomènes considérés.

Les représentations sociales sont des dimensions difficilement manipulables, et les difficultés méthodologiques que pose leur étude résident dans le recueil des données et leur analyse. L'élaboration méthodologique des représentations comporte parfois des lacunes dues au fait qu'elles ne sont pas faciles à saisir. *"L'on peut sans doute soutenir que l'appréhension d'un objet social est inséparable de la formation d'un langage le concernant. Mais tout langage correspond-il à une représentation effective ?"* ¹⁰⁴.(1972).

Selon Claude JAVEAU (1985) ¹⁰⁵, les réponses des personnes interrogées devront être envisagées selon quatre critères :

- Le critère de la compétence du répondant : il doit connaître l'objet des questions, se sentir concerné par le problème d'une manière ou d'une autre.
- Le critère de la compréhension du répondant : il doit comprendre le sens des questions et pouvoir y répondre.
- Le critère de la sincérité du répondant.
- Le critère de la fidélité du répondant. Le sujet traduit-il correctement en paroles ses pensées ?

Les deux derniers critères sont difficilement applicables et posent le problème de la validité et de la fiabilité du discours. Ainsi se pose alors le problème de la fiabilité des données recueillies.

¹⁰⁴ MOSCOVICI S. : Introduction à la psycho-sociale I, Librairie Larousse, Paris, 1972, p. 308.

¹⁰⁵ JAVEAU C. : L'Enquête par questionnaire, Édition de l'Université de Bruxelles, 1985, p. 29.

V.2. LA PRÉ-ENQUÊTE

La recherche sur le terrain a été réalisée en trois temps. D'abord des observations et des entretiens ont été menés en 1997 à Brazzaville (avant la guerre) et en 1998 en milieu rural. Ensuite le recueil des données sur le terrain s'est effectué essentiellement pour des questionnaires distribués à Brazzaville pendant les années 2001-2002. Par ailleurs, avant que les questionnaires ne soient remplis à Brazzaville, ils ont été testés en France auprès d'une population congolaise, à peu près semblable, à l'échantillon retenu à Brazzaville.

La période de pré-enquête concerne les observations menées en milieu rural et à Brazzaville, la recherche documentaire, ainsi que les questionnaires remplis en France par des personnes d'origine congolaise.

V.2.1. Des observations

Nos connaissances sur les personnes handicapées proviennent d'abord de nos propres contacts avec ces personnes, car l'auteur de cette étude a eu cours au sein de sa famille une soeur épileptique et deux tantes maternelles touchées par une déficience physique au niveau des membres inférieurs après la naissance. Nos contacts avec les personnes handicapées existent aussi dans le cadre de la famille élargie, à Brazzaville et même en France où je suis en contact dans le milieu universitaire (au sein de l'Equipe PCH) et professionnel (centre d'accueil et d'hébergement pour handicapés) avec des personnes en situation de handicaps.

Sans se limiter à nos propres contacts, nous avons décidé d'aller observer sur le terrain à Brazzaville certains milieux accueillant les personnes en situation de handicaps. En dépit du manque des Centres d'Accueil et d'Hébergement des personnes handicapées (internat par exemple), nous avons pu observer des milieux d'accueil et des structures de formation et de production. Dans cette optique, nous nous sommes tournés vers :

- Le siège de l'Union nationale des Personnes Handicapées du Congo, abritant aussi le Haut Commissariat chargé des personnes handicapées, situé au rond-point du Centre culturel français de Brazzaville ;

- L'Institut des Jeunes Sourds de Brazzaville (IJSB) ;
- L'Institut National des Aveugles du Congo (INAC) ;
- La Coopérative de menuiserie des Jeunes Sourds de Bifouti à Makélékélé, le premier arrondissement de Brazzaville ;
- La Coopérative des Tailleurs Handicapés "Valerie YOUNGUI" située à Bacongo, deuxième arrondissement de Brazzaville ;
- La Coopérative des maraîchers handicapés à la périphérie de Brazzaville ;
- Les Coopératives des Vanniers et des Coiffeurs Handicapés ;
- Handi-vulcanisation (une structure de réparation de pneus tenue par les personnes handicapées à Brazzaville) ;
- Le Centre de Formation en Électronique pour Personnes Handicapées (CEPH), né de la coopération entre le Congo et le Canada.

Pendant les observations, notre attention a été portée sur : le mode d'organisation, les tâches, les attitudes des acteurs, les attentes, le fonctionnement, bref les relations au quotidien entre les encadreurs et les personnes en situation de handicaps.

Au cours de ces observations réalisées dans les milieux fréquentés par les handicapés, nous avons pu nous entretenir avec les autorités administratives, les responsables associatifs et les parents des jeunes handicapés. C'est ainsi que nous avons pu nous enquérir des difficultés réelles auxquelles sont confrontés les jeunes handicapés, et des opportunités qui leur sont réellement offerts pour leur épanouissement socio-professionnel et psychologique. Nous nous sommes rendus compte de la nécessité d'encourager et de soutenir ces structures existantes, afin de permettre aux personnes en situation de handicaps, de développer leurs potentialités intellectuelles, artistiques, créatives, réactives et productives au sein de la société congolaise.

Notre passage sur ces milieux (coopératives, ateliers, écoles) ouverts pour les personnes handicapées nous a permis de recueillir des informations essentielles, impossibles d'obtenir à partir des entretiens et des questionnaires plus formels, et qui sont venues compléter toutes les données recueillies par la suite, tout en renforçant notre capacité d'analyse.

V.2.2. La recherche documentaire

C'est une technique d'enquête qui consiste à réunir et à analyser un ensemble de documents se rapportant à un thème de recherche. Il a été question pour nous de compiler ou d'effectuer une revue de la question sur les notions de représentation et de handicap en particulier, et sur les personnes handicapées en général, en rapport avec notre sujet de recherche.

Cette étape de la recherche s'est déroulée tantôt en France, tantôt au Congo-Brazzaville, avec parfois une aide précieuse des nouvelles technologies de l'information afin de palier à l'éloignement du terrain d'enquête.

En France, en plus de la documentation trouvée dans les bibliothèques universitaires et municipales de Lyon, nous avons été bien servi par certains centres de Documentation bien spécifiques comme :

- Le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CNTHRI), qui publie la Revue "*Handicap*".
- Le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)
- L'Institut National de Santé, d'Etudes et de Recherches Médicales (INSERM°)
- L'Institut National de Recherche et de Documentation Pédagogique (INRDP).
- Le Centre de Documentation de "*Handicap International*" : Organisation Non Gouvernementale qui a son siège à Lyon.

Au Congo, nos contacts avec l'Institut Africain de Réadaptation (IAR) ayant son siège à Brazzaville, le Centre d'Information des Nations-Unies et surtout avec certains cadres et militants de l'Union Nationale des Personnes Handicapées du Congo, nous ont permis de rassembler non seulement des documents administratifs et des textes législatifs, mais surtout de nombreux comptes-rendus de congrès, de séminaires, d'ateliers, de colloques scientifiques, ainsi que les règlements intérieurs et statuts de bon nombre d'Associations et Institutions congolaises ou internationales traitant des questions du handicap.

V.2.3. Le test des questionnaires

Après l'élaboration des deux questionnaires qui seront présentés dans toute leur architecture un peu plus loin, nous avons choisi de les tester auprès d'un échantillon de 52 personnes ressortissantes du Congo-Brazzaville et résidant en France, avant de les envoyer sur le terrain à Brazzaville. Malgré la faible proportion (5 %) de personnes handicapées au sein de cet échantillon, il présente les mêmes caractéristiques que la population-cible de Brazzaville du point de vue de l'âge, du sexe, de la diversité ethnique, des professions, et à un niveau moindre du niveau d'études et des considérations socio-culturelles. La proximité et la disponibilité des personnes questionnées ont beaucoup joué dans la bonne marche de notre démarche tout comme leur capacité à répondre par écrit. Il n'y a presque pas eu de difficultés sur le retour des questionnaires distribués, ni beaucoup de cas d'incompréhensions de certains items. Cependant, quelques lacunes ou insuffisantes ont été décelées au niveau des deux instruments.

Sur le plan des résultats, nous avons relevé plusieurs points significatifs après une analyse sommaire des données recueillies :

- Une valorisation de la personne handicapée à partir des traits de caractère positifs qui lui sont attribués,
- Une complexité dans la perception et la représentation de la personne handicapée. Cette représentation est quelquefois contradictoire au travers de traits de caractères mélangés entraînant le clivage "*handicapé modèle*" et "*handicapé insupportable*",
- Les types de handicaps cités sont presque les mêmes qu'en Europe, avec des limites et des nuances sur des désignations conceptuelles,
- Les causes du handicap sont définies de façon presque équitable selon la double explication biologique ou médicale (42 %) et socio-culturelle (41 %),
- L'intégration ou l'insertion sociale est évoquée par le biais de l'école, le travail, la prise en charge, le mariage et la solidarité dite africaine.

V.2.4. Les apports de la pré-enquête

La période de la pré-enquête nous a permis, de façon générale, d'avoir une idée précise sur la situation exacte des personnes handicapées sur le terrain, et sur l'existence et le fonctionnement des Associations et Institutions en charge des questions sur les

handicaps humains. Nous avons pu explorer le champ d'investigation : Brazzaville, les Institutions spécialisées, les familles, les associations et les milieux productifs.

Ainsi, nous avons pu constater :

- Une dynamique de fonctionnement du réseau associatif, notamment à Brazzaville autour du grand ensemble UNHACO, qui n'est paradoxalement pas bien perçue par les militants de base.
- Une insuffisance criarde des établissements spécialisés de formation des personnes en situation de handicaps, pourtant bien équipés lorsqu'ils existent.
- Des difficultés énormes dans la prise en charge des personnes handicapées par les familles et l'absence des aides spécifiques de l'Etat en leur faveur.

D'un point de vue plus scientifique, la pré-enquête nous a permis de :

- Formuler notre problématique et d'élaborer nos hypothèses de recherche, ainsi que la mise en marche des entretiens.
- Elaborer les outils ou instruments de l'enquête : la grille ou guide d'entretien et les deux questionnaires.
- Corriger les lacunes ou insuffisances décelées après avoir testé les questionnaires en France auprès des ressortissants congolais.
- S'informer sur les considérations socio-culturelles alimentant les opinions, les préjugés, les stéréotypes sociaux, les attitudes et les comportements positifs ou négatifs, vis-à-vis des personnes handicapées.

V.3. POPULATION ET ÉCHANTILLON

V.3.1. Population générale

L'enquête a été réalisée au sein de la ville de Brazzaville (la plus grande du pays) qui abrite environ un tiers de la population totale du Congo. Brazzaville est un endroit hétéroclite où l'on retrouve toutes les composantes de la population du pays : dans sa diversité socio-culturelle : jeunes et vieux, hommes et femmes de toutes les ethnies et de toutes les régions, sans emplois, élèves, étudiants, fonctionnaires de tous les ministères,

travailleurs du secteur privé, dirigeants d'associations, paysans, féticheurs, guérisseurs, dirigeants de confessions religieuses et des sectes... D'après Jean NGAMBOU (1995) "*Brazzaville offre des conditions de vie quelque peu favorables aux personnes handicapées, leur permet de vite se regrouper en associations en vue d'entreprendre certaines activités*" ¹⁰⁶.

Les investigations au niveau de Brazzaville ont été menées suivant une démarche ayant permis le choix de deux secteurs ou deux entités distinctes :

- Les familles à travers les quartiers des sept arrondissements que compte la ville. Dans ces familles et quartiers cohabitent des personnes dites "*valides*" et des personnes en situation de handicaps, parce qu'il n'existe pas de structures d'accueil et de prise en charge de personnes handicapées (internats, centres d'hébergement et d'insertion sociale, foyers d'accueil, institutions de soins médicaux en permanence). La famille ici, ne se conçoit pas au sens "*nucléaire*" du monde occidental, il s'agit de la famille africaine au sens "*élargie*" où peuvent cohabiter dans une même résidence ou parcelle : père, mères, enfants, tantes, oncles, neveux, grands-parents et même amis.

- Les institutions scolaires, de formation et les milieux professionnels et administratifs. Nous considérons que les systèmes d'obligations scolaires que constituent les institutions, peuvent être générateurs de représentations, en ce sens qu'ils sont en quelque sorte prescripteurs, à travers les décideurs, de ce qu'il convient de penser, de faire et de comment agir ou réagir. Les institutions spécialisées et les milieux professionnels sont des endroits où l'on peut rencontrer de façon sereine les personnes handicapées, les formateurs, les éducateurs, les dirigeants associatifs et administratifs, ainsi que les employeurs.

Tenant compte du fait qu'il est difficile et fastidieux de mener une étude exhaustive sur la représentation des situations de handicap auprès de toute la population d'une grande ville comme Brazzaville, nous avons recouru à la technique d'échantillonnage.

Par ailleurs, l'enquête a touché aussi certaines personnes ne résidant pas à Brazzaville. Il s'agit de personnes habitant les régions de l'intérieur du pays, et qui ont été

¹⁰⁶ NGAMBOU J. : L'Insertion socio-professionnelle des jeunes handicapés de Brazzaville : cas des handicapés auditifs, *Mémoire* pour le CHIJS ; Brazzaville ; 1995 ; p. 29.

sollicitées à remplir les questionnaires, lors de leur séjour pour une quelconque raison à Brazzaville.

V.3.2. Description de l'échantillon

Cette étude a touché 280 personnes réparties selon 10 catégories socio-professionnelles. Le choix des sujets soumis à l'enquête a été entouré d'un certain nombre de précautions visant la représentativité de l'échantillon et la fiabilité des réponses enregistrées. Cependant, il serait évidemment naïf de croire que ces précautions suffisent à nous assurer d'avoir résolu totalement des problèmes aussi complexes que ceux de la représentativité de l'échantillon et de l'authenticité des données recueillies par questionnaire.

La constitution de notre échantillon s'est faite par un choix raisonné au regard de tous les questionnaires remplis qui nous sont revenus pour analyse. Tous les sujets touchés par l'étude n'ont pas été retenus dans l'échantillon définitivement analysé. Les sujets ont été retenus non seulement en fonction de leur disponibilité et leurs capacités intellectuelles à remplir les questionnaires, mais aussi en fonction du statut, de la fonction et de leur proximité dans la vie quotidienne vis-à-vis des personnes en situation de handicaps.

V.3.2.1. Le sexe et les catégories socio-professionnelles

Notre échantillon est composé de 68,57 % d'hommes et de 31,43 % de femmes, répartis en 10 catégories socio-professionnelles. La répartition par sexe est donc inégale et s'explique par le faible taux des femmes parmi les militants associatifs et les professionnels en charge des handicaps au Congo. Il convient de souligner aussi le peu d'engouement et le manque de disponibilité des femmes pour remplir les deux questionnaires distribués.

Tableau III : Répartition des effectifs suivant le sexe et les catégories socio-professionnelles

Catégories socio-professionnelles	Hommes	Femmes	Total
Sans Emplois, Élèves et étudiants	48	34	82
Enseignants et formateurs	59	7	66
Administrateurs	39	6	45
Professions de santé	15	27	42
Autres (chauffeurs, cordonniers, ouvriers)	31	14	45
Total	192	88	280
Pourcentage	68,57 %	31,43 %	100 %

V.3.2.2. L'âge

L'âge moyen des répondants aux questionnaires est de 32 ans, avec une médiane de 34 ans environ. L'ensemble des âges varie de 17 ans à 54 ans et se répartit en quatre tranches, avec une forte concentration dans la tranche d'âge entre 28 et 38 ans.

Tranches d'âge	Effectifs	Pourcentage
17 - 27 ans	61	21,43 %
28 - 38 ans	119	42,86 %
39 - 50 ans	80	28,57 %
+ de 50 ans	20	7,14 %
Total	280	100 %

Tableau IV : Résumé des effectifs par tranches d'âge

V.3.2.3. *Le niveau d'études des sujets*

Nous avons constitué une grille sur le niveau d'études des répondants aux questionnaires, en tenant compte pour chaque sujet, de son dernier diplôme obtenu à l'école ou de la dernière classe suivie et de sa qualification générale. Ainsi, nous définissons 6 niveaux d'études :

- Niveau VI : CEPE plus les classes du collège (6e, 5e, 4e et 3e)
- Niveau V : BEPC plus les classes du lycée (1ère, Seconde et Terminale)
- Niveau IV : Bac plus les premières années universitaires
- Niveau III : Bac + 2 ans d'études (DEUG, DUT)
- Niveau II : BTS, Licence et Maîtrise
- Niveau I : Bac + 5 années d'études et plus.

Les personnes ayant répondu aux questionnaires sont toutes instruites ou en cours d'instruction, avec une concentration élevée au sein des niveaux V, IV et III. Elles sont donc en mesure de comprendre les épreuves et les questions posées, ensuite de répondre, sans difficultés majeures de façon écrite.

Niveaux d'études	Hommes	Femmes	Total
Niveau VI	10	16	26
Niveau V	48	28	76
Niveau IV	35	25	60
Niveau III	69	11	80
Niveau II	20	6	26
Niveau I	10	2	12
Total	192	88	280
Pourcentage	68,57 %	31,43 %	100 %

Tableau V : Répartition des sujets en fonction du niveau d'études et du sexe

V.3.2.4. Les relations avec les handicapés

En tenant compte des relations qu'ils entretiennent ou non avec les personnes en situation de handicap, les sujets interrogés sont répartis en deux groupes distincts :

- Les Personnes en Contact avec les Handicapés (CH) : 123

Ce premier groupe se subdivise en trois sous-groupes :

• **Les Parents (CH1) : 58**

• **Les Professionnels (CH2) : 56**

• **Et les Amis (CH3) : 9**

- Les Personnes Sans Contacts avec les handicapés SCH : 123

- Un troisième groupe avec un faible effectif se compose des **Personnes Handicapées (PH)** :37

SUJETS	Hommes	Femmes	Total
CH (Contact avec les handicapés)	58	65	123
SCH (Personnes sans Contacts avec les handicapés)	104	16	120
PH (Personnes Handicapées)	30	7	37
Total	192	88	280
Pourcentage	68,57 %	31,43 %	100 %

Tableau VI : Récapitulatif des effectifs selon les contacts avec les personnes handicapées et le sexe

CHAPITRE VI : LES TECHNIQUES DE RECUEIL DES DONNÉES

Du point de vue de la méthode et des techniques de recueil des données, l'étude des représentations pose quelques problèmes, du fait de leur nature. Ce qui pose problème ici, c'est tant le recueil des données que l'analyse des données. Sur le plan du recueil des données, il convient de choisir convenablement sa population, les items de la grille d'interviews que l'on souhaite utiliser, voire le corpus à analyser. C'est d'après nous au chercheur de décider de la démarche à suivre et de choisir les indices qui permettent de considérer que dans telle situation tel terme renvoie à tel champ particulier, car un même terme peut renvoyer à plusieurs champs représentationnels. Cette situation soulève donc aussi le problème de la quantité de discours à traiter.

D'après Jean-Pierre BROUAT (1990)¹⁰⁷, une représentation n'est pas une sorte de photographie de la réalité, elle est d'abord une notion construite par le chercheur qui a pour fonction de rendre compte de tel ou tel segment de la construction symbolique du monde réalisée par les groupes sociaux objets de son attention. Ensuite le même auteur précise que *"les représentations ne sont pas des ensembles d'images rangées dans le grenier de la conscience (ou de l'inconscient) et qui seraient citées à comparaître au moment de l'interview, si interview il y a. Les représentations ne peuvent être que produites pour la circonstance dans une situation contraignante (même si l'interview est dite "non directive"). De ce point de vue il n'y a pas de point zéro de la neutralité du chercheur (ou de l'intervieweur) au terme duquel il ne structurerait pas une situation spécifique pendant l'entretien"*¹⁰⁸.

Il soutient en plus que la représentation n'est un élément ou une dimension observable qu'en tant qu'elle est le résultat de l'observation opérée par le chercheur en fonction de ses orientations problématiques. La représentation pourrait être ainsi appréhendée en amont par l'ensemble des institutions qui la génèrent, c'est-à-dire par l'ensemble des systèmes normatifs qui structurent les légitimités de tous ordres (comportementales, perceptives, évaluatives, cognitives, discursives,...), c'est en cela qu'elle est essentiellement sociale. La représentation pourrait être aussi appréhendée en aval par ses traces discursives qui ne sont pas les seules traces repérables. Autrement dit,

¹⁰⁷ BROUAT J.P. : La notion de représentation, une notion bien pratique à utilisation délicate in Représentations et handicaps ; CTNERHI ; PUF ; Paris 1990 ; p. 21.

¹⁰⁸ Idem, p. 22.

dans le discours, nous n'avons jamais affaire aux représentations elles-mêmes, mais à leurs traces. C'est donc par une série de déductions que le chercheur se croira fondé à observer une représentation. Ce qui signifie que sur le plan méthodologique, l'étude des représentations devra s'opérer selon un dispositif à deux entrées conjointes :

- l'analyse des institutions significatives pour les groupes sociaux étudiés,
- et l'analyse des discours produits par les membres des groupes concernés.

VI. DES ENTRETIENS

Différents domaines de recherche ont utilisé la technique d'entretien dans le recueil des discours individuels sur un objet précis. C'est le cas de la psychanalyse avec Sigmund FREUD (1895) qui place l'entretien au centre de sa démarche thérapeutique et de l'approche biographique (Dilthey 1986) qui oeuvre en faveur "*d'une psychologie des représentations du monde et des perceptions internes des propres états du sujet*" ¹⁰⁹. C'est l'approche psychosociologique qui, à partir de 1930, a valorisé l'entretien de recherche en étudiant les conditions de travail des ouvriers afin d'améliorer leur cadre de vie et de travail.

Selon BLANCHET (1991), le recueil d'informations par la méthode d'entretien est "*une situation complexe... définie comme un échange conversationnel dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information incluse dans la biographie de B*" ¹¹⁰.

L'entretien est donc un échange verbal entre deux ou plusieurs personnes ou entre des groupes de personnes, centré sur une attitude de "*questions-réponses*" portant sur un ou plusieurs thèmes. Il facilite la communication et favorise l'interaction humaine permettant à un chercheur d'avoir des informations provenant de ses interlocuteurs. D'après BLANCHET (1991), "*cette situation met en scène des comportements explicites, verbaux, paraverbaux et non-verbaux et des mécanismes cognitifs de collection des informations*" ¹¹¹.

¹⁰⁹ BLANCHET A. : Dire et Faire Dire : L'Entretien ; A. Colin ; Paris ; 1991 ; p. 10.

¹¹⁰ BLANCHET A. : Dire et Faire Dire : L'Entretien ; A. Colin ; Paris ; 1991 ; p. 19.

¹¹¹ Idem, p. 20.

En psychosociologie, l'entretien est un instrument qui permet d'étudier les systèmes de valeurs, les normes, les savoirs sociaux, les représentations dont le langage en est le principal révélateur. La méthode d'entretien permet de reconstituer les événements écoulés, des expériences vécues et d'analyser les données d'une situation, ses enjeux et les points de vue qui se dégagent. Il convient de rappeler qu'il existe trois types d'entretiens : l'entretien directif, non directif et semi-directif.

- L'entretien directif ou guidé est centré sur l'objet étudié et se confond avec le questionnaire, mais les questions ne sont pas préétablies. L'enquêteur définit l'objet étudié et prépare à l'avance des points précis qu'il aimerait aborder avec ses interlocuteurs et relatifs au sujet qu'il veut étudier. L'interview directif portera obligatoirement sur les différents points retenus par l'enquêteur qui suscitera les réponses pertinentes des sujets.

L'avantage de cette technique réside surtout dans la précision des réponses obtenues qui peuvent faire l'objet d'une comparaison avec d'autres réponses. Cette méthode facilite l'interprétation des données recueillies et "*valide*" en quelque sorte l'information obtenue.

- L'entretien non-directif est surtout utilisé par les psychanalystes dans l'analyse des différents niveaux d'élaboration psychique d'un individu. C'est une méthode utilisée dans le cadre des thérapies individuelles et également des recherches exploratoires. C. ROGERS (1945) plaide pour l'utilisation de la non-directivité afin d'éliminer l'influence de l'enquêteur et de parvenir à une expression totalement "*vraie*" du locuteur. Cette forme d'entretien voudrait que, les biais et distorsions dus aux questionnaires standardisés, ainsi que les réponses toutes faites soient minimisés voire supprimés, afin de pouvoir recueillir des informations très détaillées et approfondies.

Le principe de base est celui de la liberté accordée au sujet du point de vue de ses développements et du temps. On propose au sujet un thème précis (le handicap par exemple) et on le laisse développer comme il veut. La manière de formuler la question est générale et permet de voir les aspects évoqués spontanément. L'objectif principal de la non-directivité est d'aboutir à une authentification des réponses, déterminant ainsi la "*fiabilité*" de l'information obtenue.

• L'entretien semi-directif "*est un entretien où alternent l'attitude directive et l'attitude non directive de l'intervieweur : les données correspondent à des variables définies à l'avance et l'analyse des données est soit qualitative soit quantitative*" ¹¹².

C'est la conception intermédiaire qui concilie l'entretien centré et l'entretien non directif. Comme son nom l'indique, l'entretien semi-directif n'est ni totalement ouvert ni guidé par beaucoup de questions trop précises. On dispose d'une grille des thèmes à traiter, avec des questions-guides relativement ouvertes et l'enquêteur est tenu de respecter l'ordre du discours de la personne interrogée. Cependant, il "*s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il (l'interviewé) s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible*" ¹¹³.

Les entretiens non directifs et semi-directifs permettent d'obtenir de façon générale, des informations sur les attitudes et sur les représentations des personnes interviewées sur un objet précis. GHIGLIONE et MATALON (1978) ¹¹⁴ soulignent que ces informations sont de deux natures :

- cognitives : le sujet utilise des concepts et le langage au travers desquels s'expriment ses représentations, il structure à sa façon le champ qui lui est proposé, le délimite en fonction des normes individuelles ou collectives,
- affectives : à partir des attitudes du sujet selon la nature du problème qui lui est posé.

Nous avons choisi dans notre démarche d'utiliser l'entretien semi-directif, car c'est la technique la plus utilisée dans les recherches en sciences sociales. L'usage de cette technique nous semble adapté aux personnes interviewées : cadres de l'UNHACO et du Haut-commissariat chargé des personnes handicapées, employeurs, certains parents d'enfants handicapés, directeurs d'établissements. Ces catégories d'interlocuteurs évoquent souvent leurs nombreuses occupations et le manque de temps pour remplir et retourner un questionnaire, au risque de le perdre. Et puis le chercheur a plus à gagner, par le jeu de la relance de la question, en discutant en tête-à-tête avec les coordonnateurs et les décideurs des politiques liées au handicap.

¹¹² CHAUCHAT H. : L'enquête en psychosociologie, Paris, PUF, 1945, p. 155.

¹¹³ QUIVY R. et al : Manuel de Recherche en Sciences Sociales ; Bordas, Paris, 1988, p. 185.

¹¹⁴ GHIGLIONE R., MATALON B. : Les Enquêtes Sociologiques ; A. Colin ; Paris ; 1978 ; p. 73.

Pour BLANCHET (1985) ¹¹⁵, "*un entretien semi-directif est un entretien principalement entre deux personnes, l'interviewer et l'interviewé (il peut être étendu à un groupe) conduit et enregistré par l'interviewer pour favoriser la production d'un discours de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche*". Le même auteur poursuit que l'entretien semi-directif "*constitue un outil essentiel pour étudier les systèmes de valeurs, de normes et de représentations propres à une culture...*" ¹¹⁶.

La souplesse relative du dispositif nous permet de recueillir des informations pertinentes en vue d'une analyse des représentations des situations de handicaps.

VI.1.1. La situation de l'entretien

Il s'agit d'un entretien de recherche devant contribuer à la vérification d'hypothèses, réalisé avec le consentement de tous nos interlocuteurs. Sur un échantillon de 280 sujets nous n'avons pu réaliser que 36 entretiens, du fait des exigences d'une situation d'entretien efficace : la disponibilité, le temps, la présence obligatoire de l'intervieweur, le matériel. A la différence du questionnaire, pour réussir une interview, certaines conditions doivent être préalablement remplies : la motivation de l'interviewé, l'établissement d'un climat de confiance, l'accessibilité au langage et le contexte spatio-temporel.

Les 36 personnes interviewées ont également rempli les questionnaires. Elles ont été choisies à cause de leur connaissance des questions du handicap ou bien de leur vécu ou non des problèmes liés aux situations de handicaps. L'effectif des personnes interviewées se répartit donc de la manière suivante :

- 8 Administrateurs en charge des questions des handicaps (chefs d'établissements spécialisés, fonctionnaires du Haut Commissariat chargé des personnes handicapées, responsables d'associations ;
- 10 Parents et tuteurs ayant au moins une personne handicapée à charge ;
- 10 Professionnels du handicap (enseignants, formateurs, infirmiers, médecins) ;

¹¹⁵ BLANCHET A et al : L'Entretien dans les sciences sociales ; Bordas ; Paris ; 1985 ; p. 7.

¹¹⁶ BLANCHET A et al : L'Entretien dans les sciences sociales ; Bordas ; Paris ; 1985 ; p. 75.

- 8 Personnes en situation de handicaps avec une forte proportion (80 %) de militants associatifs.

VI.1.2. Déroulement de l'entretien

Après un rendez-vous pris au préalable, il fallait d'abord expliquer le but de l'entretien à chacun de nos interlocuteurs afin d'établir un climat de confiance. Tous les entretiens se sont déroulés soit dans les bureaux des personnes interviewées, soit au sein de leurs domiciles. Tous les entretiens ont été réalisés par l'auteur de la recherche, en langue française, vu que le niveau des personnes interrogées permettait un échange compréhensif.

La durée des entretiens est variable, entre 25 minutes et 1 heure, avec quelquefois des moments de coupure pour un petit nombre de cas.

Le matériel : il s'agit du papier, d'un stylo et d'un magnétophone, car tous les entretiens ont été enregistrés. L'utilisation du magnétophone garantit l'intégralité du contenu et permet de mieux interpréter et analyser les informations recueillies après la retranscription des entretiens. Comme a su l'écrire GRELON, cité par Irène CONGO (2000)¹¹⁷, *"ce que veut garder le chercheur, c'est l'intégralité des paroles prononcées et éventuellement les temps de silence qui les entrecoupent. Car en définitive ces enregistrements sont destinés à une retranscription en principe totale. C'est donc à partir d'une lecture que les interviews seront analysées et non à partir d'une écoute"*. Ainsi l'utilisation du magnétophone procure un double avantage :

- il garantit une certaine objectivité en restituant la totalité du discours de l'interviewé et de l'intervieweur,
- il facilite le travail en évitant à l'enquêteur d'être préoccupé par des prises de notes de façon systématique.

VI.1.3. Le guide de l'entretien :

Il s'agit d'une grille thématique portant sur les contenus et les énoncés et visant à repérer les configurations et les registres sémantiques à l'aide desquels nos interlocuteurs

¹¹⁷ CONGO I : Informatique et développement au Burkina : étude des représentations, Thèse de Doctorat de Psychologie ; Université Lyon 2 ; Lyon 2000 ; p. 175.

parlent du handicap et se situent par rapport aux personnes handicapées. Les principaux thèmes abordés pendant les entretiens sont donc les suivants :

- Le statut et les appréhensions des personnes handicapées.
- Les attributions et le fonctionnement des institutions et associations spécialisées sur le handicap.
- Le rôle des parents et le regard des autres membres de la société en général.
- Les besoins et les difficultés rencontrés par les personnes handicapées à l'école, au travail et dans la vie courante.
- Les potentialités et l'insertion socio-professionnelle des personnes en situation de handicaps.
- Les pratiques de prise en charge au niveau familial et au niveau institutionnel.
- La pratique du sport et les loisirs.
- Les figures significatives des handicaps et des personnes handicapées.
- Les esquisses de solutions aux difficultés.
- Enfin, un point de vue général sur l'entretien et les questionnaires remplis.

VI.2. DES QUESTIONNAIRES

Deux types de questionnaires différents ont été élaborés sur la base des résultats de la pré-enquête :

- 1 - Les échelles d'attitudes à l'image du différenciateur sémantique d'OSGOOD,
- 2 - et un questionnaire complémentaire plus classique avec plusieurs items et plus long à remplir.

Couramment utilisé dans les enquêtes psychosociologiques, le questionnaire est un instrument dont l'avantage principal est de nous permettre d'atteindre un nombre

important de sujets, qui expriment librement leurs opinions, sans nécessité la présence du chercheur comme dans la situation d'entretien.

D'après GHIGLIONE et MATALON (1978) "*le questionnaire est un instrument rigoureusement standardisé à la fois dans le texte des questions et dans leur ordre*" ¹¹⁸. Pour QUIVY et VAN CAMPENHOUDT (1988), l'enquête par questionnaire consiste "*à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leurs opinions, à leur attitude à l'égard d'options ou d'enjeux humains et sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un problème, ou encore sur tout autre point qui intéresse les chercheurs*" ¹¹⁹.

L'élaboration de nos questionnaires tient donc compte, dans les séries de questions qui les composent, du problème complexe du handicap et des caractéristiques de la population cible.

Selon les mêmes auteurs, "*l'enquête par questionnaire à perspective sociologique se distingue du simple sondage d'opinion par le fait qu'elle vise la vérification d'hypothèses théoriques*" ¹²⁰.

Ainsi, l'ensemble des items de nos questionnaires sont structurés et formulés selon une cohérence conduisant vers le contrôle rigoureux de nos hypothèses de recherche.

Un questionnaire pourrait donc se définir comme toute procédure de recueil de déclarations personnelles en toute lucidité sur un sujet donné, le handicap par exemple. Certains questionnaires peuvent prendre la forme d'échelles d'attitudes du type Echelles de THURSTONE, de MORVAN, de LICKERT ou type Différenciateur Sémantique d'OSGOOD. Pour explorer et cerner les représentations des adultes congolais sur les situations de handicaps, notre choix s'est porté sur le dernier type d'échelles que nous allons présenter.

¹¹⁸ GHIGLIONE R. et MATALON B. : Les enquêtes sociologiques, théoriques et pratiques ; Armand Colin ; Paris ; 1978 ; p. 98.

¹¹⁹ QUIVY R. et Luc VAN CAMPENHOUDT : Manuel de Recherche en Sciences Sociales ; Bordas ; Paris ; 1988 ; p. 181.

¹²⁰ QUIVY R. et Luc VAN CAMPENHOUDT : Manuel de Recherche en Sciences Sociales ; Bordas ; Paris ; 1988 ; p. 181.

VI.2.1. Présentation du différenciateur sémantique

Le Différenciateur sémantique est un outil élaboré par OSGOOD (1952) pour mesurer la signification connotative d'adjectifs, sur la base du modèle du processus d'impression sémantique.

D'après le modèle théorique du processus d'impression sémantique développé par OSGOOD (1952) et OSGOOD, SUCI et TANNENBAUM (1957), on peut considérer limitativement qu'un aspect partiel de la signification d'un mot réside dans **l'impression sémantique** qu'il évoque chez des parleurs, cette impression correspondant à une certaine "*attitude*" pratique ou affective ; les liaisons associatives verbales à ce mot, en retour, **codent** ou **connotent** au moins une partie de cette **impression sémantique** et constituent ainsi une certaine **signification connotative** du mot.

La logique d'OSGOOD (1957) est la suivante : la signification connotative d'un mot *SI* pour un parleur consiste théoriquement en l'ensemble des réponses associatives par lesquelles il peut "*coder*" ou "*connoter*" l'impression sémantique que ce mot déclenche chez lui ; pratiquement cet ensemble peut être représenté par un échantillon convenablement choisi de réponses associatives différentielles données à *SI* présenté comme stimulus, ces réponses étant tenues pour l'indice de la signification connotative de *SI* et pouvant être comparées à celles choisies selon la même méthode, concernant la signification de *SI* pour un autre parleur ou de *S2, S3, ..., Sn* pour le même parleur.

D'après JODELET (1973)¹²¹ on peut décomposer ainsi les étapes du raisonnement d'OSGOOD :

A) Soit un stimulus original non verbal *So* déclenchant une réaction *Ro* (une araignée que je vois provoque ma fuite effective) et soit un stimulus *SI* (le mot "*araignée*") ayant accompagné *So* et agissant ensuite comme stimulus conditionnel : ce stimulus *SI* peut ne déclencher qu'un fragment de la réaction ouverte initiale, une simple "*disposition à fuir*". OSGOOD appelle cette disposition un "*processus signe*" (**sign process**) ou une "*réaction représentative médiatrice*" et la symbolise par l'expression "*rm* → *sm*" (l'indice m symbolisant meaning). Il entend par là :

¹²¹ FRAISSE P. ; PIAGET J. et JODELET F : Traité de Psychologie Expérimentale ; Tome VIII ; PUF ; Paris 1973 ; p. 124.

1) Qu'il s'agit d'une partie "*détachable*", réduite ou latente rm de la réponse totale initiale Ro , réponse dont elle est en quelque sorte **représentative**.

2) Qu'elle provoque à son tour une "*autosimulation*" sm , c'est-à-dire peut déclencher médiatement une nouvelle réponse inédite $Rx1$, de nature verbale (par exemple, le mot "*terrible*" ou "*effrayant*").

En résumé, une liaison associative $S1 \rightarrow (rrm \rightarrow sm) \rightarrow Rx1$ peut s'instaurer par l'intermédiaire d'une impression sémantique ($rm \rightarrow sm$) dont le terme rm est conditionné au stimulus $S1$.

B) Soit un autre stimulus verbal $S2$ ("*Sud*") juxtaposé à $S1$ dans un énoncé entendu et répété par le parleur ("*il y a beaucoup d'araignées dans le Sud*") : l'impression sémantique ($rm \rightarrow sm$), conditionnée au premier degré à $S1$, devient, du fait de la juxtaposition de $S1$ et de $S2$ dans l'énoncé, conditionnée au second degré à $S2$. Qu'elle soit donc déclenchée par $S1$ ou par $S2$, cette même impression sémantique pourra ainsi évoquer médiatement la même réponse verbale $Rx1$.

En résumé, deux liaisons associatives $S1 \rightarrow (rrm \rightarrow sm) \rightarrow Rx1$ et $S2 \rightarrow (rrm \rightarrow sm) \rightarrow Rx1$ peuvent s'instaurer par l'intermédiaire d'une seule impression sémantique ($rm \rightarrow sm$), dont le terme rm est conditionné, soit au premier degré à $S1$, soit au second degré à $S2$. Il s'ensuit que la réponse associative commune $Rx1$ témoignera d'une **similitude partielle de signification connotative** entre $S1$ et $S2$, bien que ces deux mots désignent des "*objets*" totalement distincts ("*araignée*" et "*Sud*"), en d'autres termes : aient des "*référents*" dissemblables.

C) Si l'on prédétermine, parmi l'ensemble des opérateurs verbaux susceptibles de coder les impressions sémantiques, un répertoire restreint de réponses Rxn jugées susceptibles de discriminer fidèlement des impressions sémantiques en soi différentes chez un même parleur, on pourra tenir qu'une réponse $Rx1$ identique pour $S1$ et $S2$ indique une signification connotative semblable de $S1$ et de $S2$ pour ce parleur, et que la différence entre deux réponses $Rx1$ et $Rx2$ données respectivement à $S1$ et $S2$ indique une signification connotative dissemblable pour celui-ci.

D) Les réponses Rxn devront être à la fois pertinentes aux impressions sémantiques que ces mots peuvent communément provoquer et échelonnable, selon une dimension

intensive, de telle sorte que la constatation éventuelle de leur différence puisse être traduite en une **mesure** de leur **distance**.

OSGOOD imagine de constituer ce répertoire avec un ensemble de paires, d'adjectifs antonymes désignant diverses qualités sensibles ou abstraites (par exemple, beau - laid, fort - faible, froid - chaud etc). On présente ainsi aux sujets, pour qu'ils choisissent une de ces réponses, une alternative de 7 (sept) réponses associatives "*forcées*" sur une échelle intuitivement métrique et notées de (+ 3) à (- 3) : par exemple :

- (+ 3) extrêmement beau
 - (+ 2) très beau
 - (+ 1) assez beau
 - (0) ni beau ni laid
 - (- 1) assez laid
 - (- 2) très laid
 - (- 3) extrêmement laid
- (Voir figure ci-après).

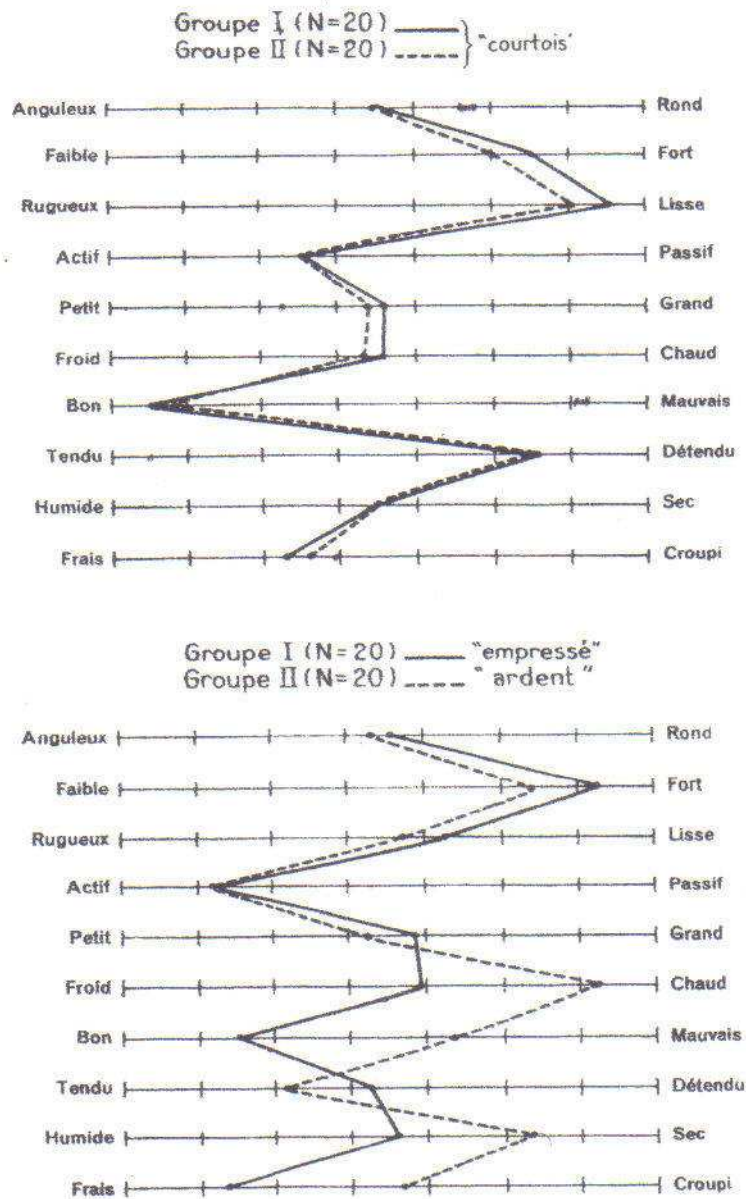


Fig. 4. — Application du différenciateur sémantique

Exemple d'emploi des échelles de différenciation sémantique d'Osgood pour la mesure de la signification connotative d'adjectifs. Les sept cases des échelles correspondent, de gauche à droite, aux notes (-3), (-2), (-1), (0), (+1), (+2), (+3). *En haut*, notes scalaires moyennes données par deux groupes de 20 sujets pour le même adjectif : « courtois » (polite); extrême congruence des profils. *En bas*, notes scalaires moyennes données par les mêmes groupes pour deux adjectifs différents : « empressé » (eager) et « ardent » (burning); notable différenciation des profils. (D'après C. E. Osgood, *Psychol. Bull.*, 1952, 49, p. 229.)

On symbolise par des profils la plus ou moins grande congruence des réponses associatives à 2 (deux) mots-stimuli sur un ensemble de telles échelles, ensemble appelé "*différenciateur sémantique*", et on mesure cette congruence par un score $D = \sqrt{\sum d^2}$, où d est la différence entre les deux notes afférentes à deux stimuli sur une échelle, la sommation Σ s'étendant à l'ensemble des échelles utilisées. Moins D est élevé, plus sont jugés les deux stimuli quant à leur signification.

Tel est, dans ses grandes lignes, le modèle à la fois théorique et métrologique qu'OSGOOD propose pour le processus d'impression sémantique.

Il faut, selon OSGOOD, nécessairement concevoir ces liaisons comme médiatisées par une impression sémantique ("*un état représentationnel*"), cette impression étant conditionnée à un ensemble de mots-stimuli et conditionnant à son tour un ensemble de mots réponses ; en retour, le théorème d'existence d'une telle médiation fonde la possibilité d'une mesure de la similitude des mots-stimuli quant à leur "*signification connotative*".

Il est clair qu'une telle mesure offre un grand intérêt lorsqu'on veut évaluer les "*attitudes*" des sujets face à certains mots, censés correspondre à leurs attitudes vis-à-vis des objets ou concepts référents que ces mots représentent, par exemple les attitudes des groupes sociaux vis-à-vis des problèmes individuels ou sociaux comme la maladie, le **handicap**, la religion, la politique etc.

VI.2.1.1. Restrictions apportées au modèle de l'impression sémantique

Il nous faut toutefois souligner quelques restrictions qui préviennent contre un emploi trop confiant du différenciateur sémantique comme mesure de la signification.

La première restriction est développée par FLAVELL (1961) ¹²² affirmant que "l'impression sémantique ($rm \rightarrow sm$) déterminée par un mot SI se rapporte non seulement aux attributs discriminés dans l'objet 0I référent de celui-ci, mais encore à

¹²² FLAVELL J.H. : Meaning and meaning similarity : I. A theoretical reassessment ; II. The semantic differential and co-occurrence as predictors of judged similarity in meaning, J. gen. Psychology, 1961, 64, pp. 307-319 et 321-335.

ceux discriminés dans les objets o_1' o_1'' qui sont le contexte de o_1 dans l'expérience quotidienne : deux impressions sémantiques relatives à S_1 et S_2 peuvent être plus ou moins similaires ou différentes, non seulement en raison de plus ou moins de similarité des attributs propres respectivement à o_1 et o_2 , mais en raison, du plus ou moins d'identité des contextes O' accompagnant normalement ces référents".

La seconde restriction ressort d'une expérience de DICKEN (1957) ¹²³. Celui-ci ne trouve pas l'effet de généralisation lorsque les termes critiques sont une paire de mots définie, non plus par la communauté de leurs réponses associatives libres, mais par la congruence de leurs réponses sur le différenciateur sémantique (faible score D) : ce qui semble prouver que cette dernière estimation est relativement indépendante de la première, et suggère que les réponses au différenciateur sémantique ne sont pas un échantillonnage "*représentatif*" de la signification connotative du mot et par suite constituent un indice peu sûr de l'impression sémantique elle-même.

Enfin nous pouvons citer les recherches de SOLLEY et MESSICK (1957) ¹²⁴, qui s'attaquent au problème difficile de la relation entre impression sémantique et référence cognitive, posé mais non approfondi par OSGOOD. Ces auteurs construisent artificiellement la structure statistique de la référence cognitive d'un mot et comparent le codage de l'impression s'y rapportant selon qu'il est fait par la technique d'association libre ou par celle du différenciateur sémantique. Leurs résultats suggèrent que ce qui, de l'impression sémantique, est codé par le différenciateur sémantique d'OSGOOD n'a qu'un rapport incertain aux caractéristiques objectives du référent ou, en d'autres termes, ne se rattache qu'à une référence cognitive partielle au signifié, mais non à une référence exhaustive.

En conclusion, nous adoptons le point de vue de François JODELET (1973) ¹²⁵ qui nous rappelle que l'utilisation du "*différenciateur sémantique*" doit être restreinte dans tous les cas par le principe énoncé au début de l'exposé : "*la signification dont il s'agit, celle qu'on différencie, n'est que la signification connotative, codage de l'impression sémantique, en une liaison associative verbale. Quant à l'impression sémantique, elle est un aspect partiel ou un moment du processus de signification et consiste très précisément*

¹²³ DICKEN C.G. : Connotative meaning as a determinant of stimulus generalization, Unpubl, doctoral dissert., Univ. of Minnesota, 1957.

¹²⁴ SOLLEY C.M., MESSICK S.J. : Probability, learning, the Statistical structure of concepts and the measurement of meaning, Amer. J. Psychology, 1957, 70, pp. 161-173.

¹²⁵ JODELET F. : L'Association verbale in : Traité de Psychologie Expérimentale ; Tome VIII ; PUF ; Paris ; 1973 ; p. 127.

en l'impact, sur le système de représentations pratico-émotionnelles d'un sujet, du processus symbolique par lequel un signifiant est mis en rapport avec un signifié".

En s'appuyant sur ce qui précède, nous avons élaboré un modèle de différenciateur sémantique qui propose un choix de 5 (cinq) réponses associatives disposées sur vingt deux (22) échelles métriques et notées de (1) à (5) afin d'évaluer la représentation des sujets congolais sur le phénomène du handicap.

VI.2.2. Notre modèle du différenciateur sémantique

Pour explorer et cerner les représentations des situations de handicaps, notre démarche a consisté, en partie, à adapter l'outil élaboré par OSGOOD à notre thème de recherche, à la population et au contexte socio-culturel de l'étude menée, en vue de la vérification de nos hypothèses de recherche.

Notre modèle est donc une adaptation du différenciateur sémantique, qui propose un choix de 5 (cinq) réponses (au lieu de 7) (sept) chez OSGOOD) disposées sur 22 (vingt deux) échelles métriques notées de 1 à 5, sélectionnées pour leur pertinence au regard du sujet abordé.

Chacune des échelles en 5 (cinq) points est constituée d'un couple d'adjectifs situés aux deux extrémités, de telle sorte que tous les adjectifs à connotation positive occupent le côté gauche, et tous ceux qui ont une connotation négative sont disposés à droite.

Les 22 (vingt deux) échelles sont classées d'après 4 (quatre) **facteurs** suivant le sens et la caractéristique des couples d'adjectifs.

I - Activité :

Actif - Passif

Calme - Excité

Relâché - Tendu

Débrouillard - Paresseux

Entreprenant - Inopérant

II - Intelligence

Réfléchi - Spontané

Intelligent - Idiot

Attentif - Distrait

Réaliste - Irréaliste

Compréhensif - Têtu

III - Moralité

Franc - menteur

Poli - Impoli

Honnête - Malhonnête

IV - Comportement

Responsable - Irresponsable

Respectueux - Irrespectueux

Agréable - Désagréable

Sérieux - Farceur

Gentil - Méchant

Indépendant - Dépendant

Courageux - Peureux

Prodigue - Égoïste

Soigneux - Négligeant

Le nombre d'échelles par facteurs est inégalement réparti, avec une proportion élevée (9 échelles sur 22) des échelles liées au facteur comportement. Le nombre d'échelles métriques par facteurs a peu d'importance, ce qui est déterminant, c'est la tendance descriptive de la personne en situation de handicap, à partir des adjectifs et des 5 (cinq) niveaux des échelles.

Les échelles ont été remplies sans notre présence, car après leur élaboration en France, elles ont fait l'objet d'un envoi au Congo auprès des personnes (majoritairement des étudiants) qui les ont distribués aux enquêtés. Le mode de passation a été donc direct, laissant aux répondants la liberté de remplir eux-mêmes les questionnaires.

Facteurs	Echelles	Total	%
ACTIVITÉ	Actif - Passif Calme - Excité Relâché - Tendu Débrouillard - Paresseux	5	22,73 %
INTELLIGENCE	Réfléchi - Spontané Intelligent - idiot Attentif - Distract Réaliste - Irréaliste Compréhensif - Têtu	5	22,73 %
MORALITÉ	Franc - menteur Poli - Impoli Honnête - Malhonnête	3	13,64 %
COMPORTEMENT	Responsable - Irresponsable Respectueux - Irrespectueux Agréable - Désagréable Sérieux - Farceur Gentil - Méchant Indépendant - Dépendant Courageux - Peureux Prodigue - Égoïste Soigneux - Exigeant	9	40,90
Total		22	100 %

Tableau VII : Classification des Echelles par Facteurs

VI.2.3. Présentation du questionnaire complémentaire

Il s'agit d'un questionnaire venant en complément du modèle du différenciateur sémantique que nous avons élaboré. Les personnes interrogées étaient tenues de répondre aux deux questionnaires, l'un après l'autre, dans les mêmes conditions et selon les consignes indiquées.

*** La passation du questionnaire :**

Le mode d'administration du questionnaire complémentaire est le même que celui du premier, il consiste à solliciter directement les enquêtés pour les remplir eux-mêmes.

Le but de la recherche a été clairement expliqué aux personnes interrogées et, en plus des consignes qui figurent sur notre questionnaire, quelques consignes simples et précises ont été données :

- répondre à toutes les questions posées, même celles concernant les renseignements personnels,
- faire un travail personnel en évitant de remplir un même questionnaire à plusieurs,
- prendre le temps de bien lire les questions avant de répondre.

*** Structure et contenu :**

A propos de la forme et du fond du questionnaire, le lecteur peut découvrir en intégralité, dans la partie des annexes du présent document, le libellé de l'ensemble des questions posées.

Hors mise la consigne générale, il se compose toutefois de vingt deux (22) questions. Ce questionnaire est un mélange de questions fermées et ouvertes, nous permettant de déduire les représentations mentales sur les handicapés des répondants par l'intermédiaire du langage, dans son expression écrite.

*** Les questions sur les informations personnelles**

Ce sont des questions fermées qui vont du numéro 1 au numéro 7, nous permettant de recueillir des renseignements personnels sur les sujets. Il s'agit des "*questions*

identité", car elles se rapportent à l'âge, au sexe, à la nationalité, à la langue parlée, à la profession, aux fonctions exercées et au niveau d'études de chaque sujet.

*** Les questions ouvertes**

Elles laissent une latitude aux sujets dans leurs réponses. Les questions concernées sont les numéros 8, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 21 et 22 faisant appel à une construction mentale plus élaborée. Les répondants prennent position par rapport aux problèmes posés, expliquent, justifient et proposent d'éventuelles solutions. Ces questions demandent davantage de réflexion chez les personnes interrogées, car leurs représentations ne se fondent pas à partir d'un corpus établi comme dans des questions fermées où l'on propose des choix de réponses.

En fait, chercher à dégager les caractéristiques d'une représentation mentale sur le handicap nous entraîne droit dans la compréhension du langage dans son expression écrite ou verbale. Comme la psychologie sociale le préconise, les représentations se construisent dans l'interaction sociale, et le langage est une dimension déterminante. C'est dans cet esprit que nous prenons le langage dans toutes ses dimensions en général, et dans sa dimension écrite en particulier comme une passerelle importante en vue d'une approche des représentations mentales des situations des handicaps.

Les questions ouvertes sont pour certaines des "*questions d'évocation*", ayant pour objectif de pouvoir susciter une production construite des représentations des répondants.

*** Les questions fermées, numéros 12, 13 et 14** nous permettent de déterminer les liens, les contacts et le vécu des personnes interrogées par rapport au problème du handicap, afin de connaître leur degré de proximité avec ce phénomène.

*** Les questions numéros 15 et 16** permettent de cerner les causes des handicaps évoquées par les répondants, ainsi que l'explication sociale de l'origine du handicap qu'ils retiennent.

La question numéro 2 est une approche de l'attitude générale des répondants vis-à-vis de la personne handicapée. Elle contraint le répondant à se situer par rapport à une représentation spontanée qu'il a de la personne handicapée au sein de la société en général.

Premier questionnaire : le différenciateur sémantique

Consigne générale à respecter

Nous voulons étudier la représentation que vous avez de la personne handicapée, en vous demandant de l'évaluer à partir de 22 (vingt et deux) couples d'adjectifs qui servent à la décrire. Voici un exemple :

Soit le couple d'adjectifs FORT - FAIBLE, situés aux deux extrémités d'une échelle en cinq points (5).

FORT	1	2	3	4	5	FAIBLE
------	---	---	---	---	---	--------

Selon vos connaissances et/ou vos contacts avec les personnes handicapées, vous pouvez placer une croix dans les cases plus ou moins proches de Fort , ceci signifiera que pour vous l'adjectif **Fort** décrit mieux la personne handicapée que l'adjectif Faible.

Une croix au centre de l'échelle signifiera que la personne handicapée vous apparaît neutre par rapport à cette échelle.

Une croix plus ou moins proche de Faible signifiera que la personne handicapée évoque surtout pour vous la Faiblesse.

Vous avez à juger les personnes handicapées sur plusieurs échelles, qui sont indépendantes. Essayez de faire chaque fois un jugement direct, sans vous préoccuper des autres réponses que vous avez pu faire antérieurement. Dans cet esprit ne vous reportez pas aux réponses déjà données.

Nous vous remercions très sincèrement

Les 22 échelles soumises aux enquêtés

	1	2	3	4	5	
Actif						Passif
Calme						Excité
Relâché						Tendu
Débrouillard						Paresseux
Entreprenant						Inopérant
Soigneux						Négligeant
Réfléchi						Spontané
Intelligent						Idiot
Attentif						Distrait
Réaliste						Irréaliste
Compréhensif						Têtu
Franc						Menteur
Poli						Impoli
Honnête						Malhonnête
Responsable						Irresponsable
Respectueux						Irrespectueux
Agréable						Désagréable
Sérieux						Farceur
Gentil						Méchant
Indépendant						Dépendant
Courageux						Peureux
Prodigue						Egoïste

Le questionnaire complémentaire :

Université Lumière LYON II

Institut de Psychologie

**Equipe de Recherche : Perception Cognition et
Handicap**

En complément des échelles d'attitudes que vous venez de remplir à propos des personnes handicapées, nous vous prions de répondre, de façon écrite, à toute la série des questions qui suivent.

Ce questionnaire contient des informations personnelles. Nous garantissons que toutes vos réponses seront traitées dans l'anonymat et serviront exclusivement à la finalité de notre recherche.

Nous vous remercions de votre collaboration

1. Inscrivez, s'il vous plaît, dans le cadre ci-dessous votre âge :

2. Cochez la case correspondant à votre sexe :

Masculin Féminin

3. De quel pays (nationalité) êtes-vous ?-----

4. Quelle est votre langue maternelle ?-----

5. Quelle est votre profession ? -----

* Avez-vous une spécialité ? -----

6. A quelle institution ou administration appartenez-vous ? -----

* Précisez vos fonctions au sein de cet établissement -----

7. Veuillez indiquer votre niveau d'études :

* Dernière classe suivie :-----

* Cochez la case correspondant à votre dernier diplôme obtenu :

- CEPE
- BEPC
- BAC
- DEUG
- Licence
- Maîtrise
- Ingénieur
- Bac + 5 et plus
- Autres formations

Dans le dernier cas Précisez :-----

8. Qu'est-ce que le handicap ou une personne handicapée selon vous ? -----

9. Citez les types de handicaps que vous connaissez :

10. A quoi vous fait penser l'état ou la situation d'une personne handicapée ?

11. Pouvez-vous indiquer un maximum de mots ou de concepts caractérisant une personne en situation de handicap ? -----

* Choisissez parmi ces mots les trois qui vous paraissent pertinents ou plus significatifs : -----

12. Etes-vous une personne handicapée ?

oui non

13. Existe-t-il des personnes handicapées dans votre entourage (familial, professionnel associatif, voisinage) ?

oui non

* Si oui :

- Quel type de handicapé ? : -----

- Quels sont vos liens avec cette personne ?

C'est votre parent

C'est votre élève

C'est votre patient

C'est votre ami

C'est une connaissance

- Quelle est la fréquence de vos rencontres ?

Vous habitez ensemble

Vous vous rencontrez très souvent

Vous vous rencontrez occasionnellement

14. Vous êtes-vous déjà occupé d'une personne en situation de handicap ?

oui non

15. Quelles sont selon vous les causes d'une situation de handicap ?

16. Quelle explication avez-vous de l'origine du handicap suivant les trois cas ?

- Biologique
- Sorcellerie
- Divine

17. Quelle place fait-on aujourd'hui à une personne handicapée dans votre pays ?

18. Les personnes handicapées bénéficient-elles d'une aide sociale, dans votre pays ?
Sous quelle forme ? -----

19. Comment appréciez-vous l'insertion des personnes handicapées au sein de la société
en général (l'école, le travail, le mariage, la culture, les loisirs et le sport) ? -----

20. Que suscite chez vous la présence d'une personne handicapée quelle qu'elle soit ?
Cochez les cases de votre choix :

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Gêne | <input type="checkbox"/> | Pitié | <input type="checkbox"/> | Honte | <input type="checkbox"/> |
| Compréhension | <input type="checkbox"/> | Compassion | <input type="checkbox"/> | Tolérance | <input type="checkbox"/> |
| Angoisse | <input type="checkbox"/> | Peur | <input type="checkbox"/> | Crispation | <input type="checkbox"/> |
| Respect | <input type="checkbox"/> | Admiration | <input type="checkbox"/> | Reconnaissance | <input type="checkbox"/> |

21. Que souhaitez-vous que la société (à divers niveaux) fasse pour les personnes handicapées au sein de votre pays ?

22. Quel est votre dernier mot par rapport aux questions posées et à la situation générale des personnes handicapées au Congo ?

**TROISIEME PARTIE : LES ANALYSES ET LA
PRESENTATION DES RESULTATS : LES
REPRESENTATIONS SUR LES PERSONNES
HANDICAPEES**

CHAPITRE VII : LES TECHNIQUES DE TRAITEMENT DES DONNÉES

Nous soulevions dans la partie "Recueil des données" la question de la difficulté de l'étude des représentations en psychologie cognitive. Suivant notre expérience, ce qui pose problème ici, c'est moins le recueil des données que l'analyse des données. Les problèmes rencontrés sont surtout liés à la quantité d'informations à traiter, notamment dans la quantité du discours, sous toutes ses formes.

Il convient donc dans le traitement des données de se fier à la fois à une analyse se fondant sur des procédures linguistiques largement utilisées par les socio-linguistes, et puis sur des modèles méthodologiques statistiques des sciences dites "dures", tout en se gardant d'imaginer que les sciences sociales sont de même nature que les sciences dites dures et que les problèmes méthodologiques rencontrés par les sciences sociales ne seraient que des problèmes de "jeunesse" ou d'insuffisance de rigueur des chercheurs.

Les représentations des situations de handicaps peuvent être décrites comme des représentations cognitives complexes et nous avons choisi de les aborder grâce aux entretiens et aux questionnaires, à partir du langage dans son expression verbale et écrite.

Ainsi, pour le traitement des données, nous optons pour des méthodes d'analyse à la fois qualitatives et quantitatives, plus ou moins simples :

- l'analyse inférentielle,
- l'analyse du contenu
- et l'analyse de variance

VII.1. L'ANALYSE INFÉRENTIELLE

C'est une technique d'analyse mise au point par Jean François LENY (1989),¹²⁶ consistant à inférer à partir des déclarations, les représentations cognitives d'un ensemble de sujets sur un concept ou bien une notion bien précise, ensuite à dégager les principales caractéristiques de ces représentations cognitives. Il faut cependant avoir à analyser un ensemble de représentations abstraites ayant comme support le langage. Pour cette

¹²⁶ LENY J.F. : Sciences Cognitive et compréhension du langage", PUF, Paris 1989.

raison, ces représentations doivent être caractérisables par le langage de façon verbale ou écrite. Il est donc question de représentations sémantiques. C'est le cas des représentations sur les situations de handicaps qui nous concernent ici.

Cette technique d'analyse s'y prête à la fois aux données recueillies par entretiens et par questionnaires (questions fermées et ouvertes).

Le premier constat qui ressort d'une telle analyse est que la représentation de la notion de handicap est une représentation abstraite et complexe, qui se construit sur la base des représentations plus simples des attributs qui la caractérisent, grâce à l'établissement des relations entre celles-ci, permises par l'utilisation du langage ; ce qui nous entraîne fort bien dans la compréhension du langage.

Ne perdons pas de vue que le handicap est non seulement un concept ou une notion, mais c'est aussi un état, une situation et un vécu quotidien pour bien de personnes. Le mot handicap suscite des représentations plus ou moins concrètes et abstraites, qui nous renvoient à la déficience, la maladie, l'éthique, la reconnaissance, l'identité et à la vie tout court.

Parler du handicap et de sa représentation sociale, c'est donc poser d'emblée la question du regard porté sur la déficience et ce qu'elle implique au sein de la société de façon singulière et globale. Le vécu des personnes handicapées est, en partie, déterminé par les représentations du handicap dans la société, d'où la question de l'identité de la personne handicapée reste centrale.

VII.2. L'ANALYSE DE CONTENU

Cette technique nous a permis, d'abord, plus haut dans la partie "population", de repérer, classier, analyser et interpréter les caractéristiques de notre échantillon ainsi que les principales dimensions observables de cette étude. Elle porte à la fois sur les entretiens retranscrits et sur les réponses aux questions ouvertes du questionnaire.

BERELSON (1952) ¹²⁷ définit l'analyse de contenu comme "*une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication*". Il apparaît donc clairement comme son nom l'indique, que la technique d'analyse de contenu étudie des contenus signifiés dans des textes sous forme écrite ou orale, ce qui relève alors de la sémantique.

Dans le même sens R. MUCCHIELLI (1984) ¹²⁸ affirme : "*Analyser le contenu (d'un document ou d'une communication), c'est, par des méthodes sûres... rechercher des informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler et classer tout ce que "contient", ce document ou cette communication*".

L'analyse de contenu intervient dans plusieurs domaines comme : la clinique, la sociologie, l'économie, la publicité et la politique.

Pour rendre compte du contenu d'un document ou d'un discours, les unités de sens doivent être extraites et classées dans des catégories. Dans la démarche de l'analyse de contenu, le problème de codage et de catégorisation est central ; et pour R. MUCCHIELLI (1984) ¹²⁹, "*cette opération consiste à classer en catégories les diverses positions ou attitudes que reflètent les réponses, pour permettre une présentation quantifiée des résultats*". C'est sur ce plan que subsistent les principales critiques formulées à l'égard de cette méthode.

D'une façon plus générale ces critiques se fondent sur l'insuffisance de la définition des catégories. Selon R. MUCCHIELLI (1984) ¹³⁰, "*une catégorie est une notion générale représentant un ensemble ou une classe de signifiés. Les unités de sens doivent être réparties en catégories, distribuées en genres, en thèmes, en grandes orientations*".

En matière de catégorisation il n'y a pas de règle générale ni de théorie préétablie. Pourtant, de cette catégorisation dépendra la valeur de l'analyse de contenu. Le discours recueilli comporte des réponses très variées à une même question, dans lesquelles le chercheur doit repérer des attitudes et des représentations. Par conséquent, les catégories doivent remplir les quatre conditions suivantes ¹³¹ :

¹²⁷ BERELSON (1952) in GHIGLIONE R., MATALON B. (1978), Les Enquêtes Sociologiques, A. COLIN ; Paris ; p. 155.

¹²⁸ MUCCHIELLI R. (1984), L'analyse de contenu de documents et communications, 5e Edition ESF, p. 17.

¹²⁹ idem p. 17.

¹³⁰ MUCCHIELLI R. (1984), L'analyse de contenu de documents et communications, 5e Edition ESF, p. 18.

¹³¹ idem p. 18.

- l'objectivité : les catégories doivent être définies sans ambiguïté et compréhensibles ;
- l'exhaustivité : toutes les unités de sens doivent appartenir systématiquement à une catégorie ;
- l'exclusivité : toute unité de sens ne peut appartenir qu'à une catégorie ;
- la pertinence : les catégories doivent être en rapport avec les objectifs de la recherche et le contenu à analyser.

VII.2.1. Les types de handicaps évoqués

Il s'agit des situations handicapantes citées de façon plus ou moins spontanée par les personnes interrogées, en utilisant des expressions quelquefois simples du genre : "*ne voit pas*", "*voit un peu*", "*n'entend pas*", "*ne parle pas*", "*entend un peu*" "*handicapé des membres inférieurs*", "*handicapé des membres supérieurs*", "*paralysé : moitié du corps, bas du corps, tout le corps*". Les expressions les plus classiques comme aveugle, sourd, muet, handicapé physique, handicapé mental ont été également mentionnées.

D'autres types de handicaps moins classiques sont aussi relevés, en s'appuyant sur la nature ou la caractéristique très spécifique de la situation considérée :

- Lèpre
- Malformation des doigts, des orteils ou d'autres membres du corps ;
- L'éléphantiasis ;
- Bosses ;
- Epilepsie ;
- Plaies ouvertes ;
- Albinos.

En tenant compte de la classification internationale des fonctionnements et de la spécificité des catégories citées, nous avons résumé à partir du tableau qui suit les fréquences d'évocation des principaux types de handicaps :

Types de Handicaps	Nbre de fois	Pourcentage
Handicapés Physiques	203	41,26 %
Handicapés Mentaux	96	19,51 %
Aveugles et Malvoyants	88	17,89 %
Autres types (malformations organiques, plaie ouverte...)	36	7,32 %
Sourds et Malentendants	35	7,11 %
Epileptiques	16	3,25 %
Muets	14	2,85 %
Albinos	4	0,81 %
TOTAL	492	100 %

Tableau n° VIII : Nombre d'évocations des types de handicaps

Les types de handicaps évoqués sont donc les mêmes qu'en Occident, avec des exceptions, des limites et des nuances sur des désignations conceptuelles. L'autisme, le déficit de l'odorat ou du sens kinesthésique, ne sont par exemple pas cités. On retient cependant des citations : de l'éléphantiasis, des bosses, de la lèpre, des plaies ouvertes...

Cette situation pourrait être due d'abord à l'environnement, la réalité et au vécu quotidien des personnes interrogées, ensuite au manque d'équivalence entre certains concepts occidentaux et les concepts des langues congolaises.

VII.2.2. L'explication de l'origine du handicap

Le but de notre recherche n'est nullement de déterminer les causes des handicaps au Congo, car elles sont universelles et bien connues de tous : les maladies, les accidents de tous genres, le mauvais usage des médicaments, les guerres civiles aux conséquences désastreuses, les catastrophes naturelles, l'analphabétisme, le manque de soins sanitaires....

Il est plutôt question ici, de déterminer les principaux modes d'explication de l'origine des handicaps, en rapport avec le vécu et les croyances des personnes interrogées. Malgré l'objectivité et la certitude des causes des handicaps, celles-ci font

toujours l'objet, au Congo, d'une explication particulière au niveau de leur origine : naturelle ou surnaturelle.

*** Les modes explicatifs :**

Deux modes d'explication de l'origine du handicap se dégagent :

- L'origine naturelle dite biologique ou médicale
- Et l'origine surnaturelle dite socio-culturelle imputée :
 - soit à la sorcellerie et aux esprits des ancêtres
 - soit à Dieu le "Tout puissant".

Cette situation, quelque peu dichotonique pourrait se résumer selon les taux suivants :

- Origine biologique	41,60 %
- Sorcellerie et esprits ancestraux	40,40 %
- Origine divine	18 %

Ce qui domine, c'est l'explication surnaturelle ou socio-culturelle (58,40 %) qui met en avant les tabous et les croyances africaines, selon lesquelles le handicap, la maladie et la mort sont le résultat d'un désordre ou des problèmes sociaux. L'apparition d'une situation handicapante serait donc due à une agression menée soit par les hommes (êtres vivants comme les sorciers) ou par les esprits ancestraux ou divins.

Cette situation n'est pas si dichotonique qu'il n'y paraît. Même si l'explication surnaturelle est dominante, elle est parfois combinée à l'explication biologique ou médicale. Cette double explication est présente à un taux élevé (54 %) chez les personnes ayant un niveau d'études élevé.

Notre échantillon étant constitué aussi de personnes handicapées, nous avons voulu savoir de quelle manière ces personnes s'expliquent l'origine de leur handicap, au regard des modes d'explication en présence. Le nombre de personnes handicapées qui expliquent leur handicap par la sorcellerie et les esprits ancestraux et divins est très faible (5,6 %), même en essayant de combiner l'explication surnaturelle à l'explication biologique ou médicale.

Cette situation peut s'expliquer par le taux élevé du niveau d'instruction des personnes handicapées que nous avons interviewées au sein des institutions et des milieux associatifs. Il est aussi probable que la peur ou la croyance en la sorcellerie empêche d'en parler, pour ne pas être ou continuer à être une victime d'une attaque dangereuse de la part des malfaiteurs, que l'on feint d'ignorer.

VII.3. L'ANALYSE DE LA VARIANCE OU L'ANOVA

Parmi les techniques statistiques qui sont à la portée des chercheurs psychologues, l'analyse de la variance est de plus en plus utilisée de nos jours. Quoi qu'elle ait été définie dans son principe depuis assez longtemps, elle n'a été mise à la portée des statisticiens non spécialistes qu'avec la généralisation de la diffusion des moyens de calcul modernes. Dans son principe, elle est en effet d'une logique relativement simple, cependant sa pratique exige des calculs nombreux qui étaient extrêmement fastidieux aussi longtemps que l'ordinateur n'a pu être chargé de leur réalisation.

VII.3. 1. Définition de l'ANOVA

L'analyse de variance (expression souvent abrégée par le terme anglais ANOVA : Analysis Of Variance) est une technique statistique permettant de comparer les moyennes de plus de deux populations. Son but est en fait de procéder à une sorte de généralisation de la comparaison des moyennes ou de la comparaison des pourcentages lorsqu'il y a plus de deux valeurs à comparer. Il s'agit aussi de l'équivalent, pour des variables qualitatives de la régression linéaire.

Cette technique est utile en sciences sociales dans l'analyse de certaines données, organisées en blocs de même taille. Il s'agit dans ce cas le plus souvent d'analyse de la variance à un seul facteur. Les analyses à deux facteurs sont en revanche fréquentes dans l'exploitation d'enquêtes d'usage psychologique. C'est dans l'exploitation des résultats d'enquêtes d'usage que l'analyse de la variance est indispensable et qu'elle prouve toute son utilité pour le psychologue.

Les données de notre étude répondent bel et bien à l'usage de la technique de l'Analyse de la variance. Ainsi, à travers les pages qui suivent, nous analysons l'effet des variables Profession, Age, Sexe, Niveau d'Etudes, et le Contact sur les opinions des groupes de la population étudiée, vis-à-vis des personnes handicapées ; en comparant les moyennes de leurs réponses aux échelles d'attitudes qui leur avaient été soumises. Par la même occasion nous nous permettons de comparer des histogrammes de chaque groupe en fonction des mêmes variables ; ainsi que les divers seuils de significativité.

VII.4. LES TABLEAUX DES RESULTATS DE L'ANOVA

Statistiques descriptives nominales

	# Niveaux	Nombre	# Manquants	Mode
Profess	5	280	0	1
Age	4	280	0	2
Sexe	2	280	0	1
Etudes	6	280	0	3
Contact	3	280	0	1

Tableau n° IV : Résumé des cinq principales variables suivant les niveaux observables et l'effectif

Statistiques descriptives

	Moy.	Dév. Std	Erreur Std	Nombre	Minimum	Maximum	# Manquants
Ech1	2,004	1,109	,066	280	1,000	5,000	0
Ech2	2,239	,861	,051	280	1,000	5,000	0
Ech3	2,596	,727	,043	280	1,000	5,000	0
Ech4	2,025	,873	,052	280	1,000	5,000	0
Ech5	1,907	,820	,049	280	1,000	4,000	0
Ech6	1,982	,814	,049	280	1,000	5,000	0
Ech7	1,971	,911	,054	280	1,000	5,000	0
Ech8	1,832	,894	,053	280	1,000	5,000	0
Ech9	1,943	,982	,059	280	1,000	5,000	0
Ech10	1,921	,916	,055	280	1,000	5,000	0
Ech11	1,971	1,107	,066	280	1,000	5,000	0
Ech12	2,154	1,114	,067	280	1,000	5,000	0
Ech13	2,214	1,190	,071	280	1,000	5,000	0
Ech14	2,039	1,079	,064	280	1,000	5,000	0
Ech15	2,054	1,071	,064	280	1,000	5,000	0
Ech16	2,175	1,155	,069	280	1,000	5,000	0
Ech17	2,111	1,070	,064	280	1,000	5,000	0
Ech18	2,093	1,001	,060	280	1,000	5,000	0
Ech19	2,089	1,076	,064	280	1,000	5,000	0
Ech20	2,079	1,051	,063	280	1,000	5,000	0
Ech21	1,936	,890	,053	280	1,000	5,000	0
Ech22	2,125	,967	,058	280	1,000	5,000	0

Tableau n° V : Moyennes des échelles 1 à 22, en fonction des erreurs.

La succession des (o) dans la colonne « Manquants » signifie que toutes les variables et toutes les échelles ont été traitées sans la moindre omission.

L'ensemble des résultats de l'ANOVA (pour les 22 échelles) est dans la partie annexe.

Nous présentons ici, juste les résultats de la première Echelle (**Ech 1**) pour les variables : Profession ; Age ; Sexe ; Etudes et le Contact.

VII.4.1. Résultats suivant la profession :

Les trois tableaux et le graphique de cette page sont extraits des résultats de l'ANOVA. Ils présentent les Moyennes des 5 catégories professionnelles observées et leurs écarts.

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	69,050	17,262	17,329	<,0001	69,315	1,000
Résidu	275	273,947	,996				

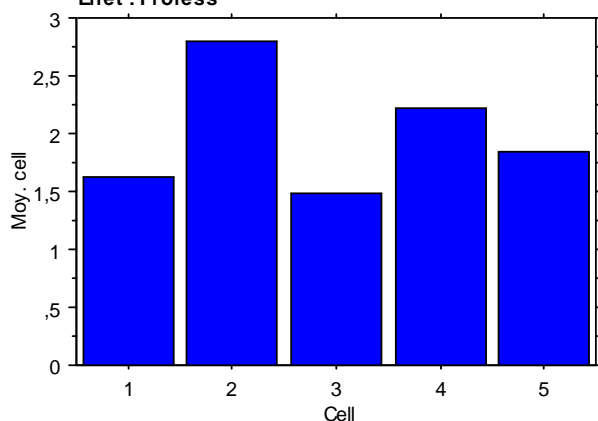
Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,622	,964	,106
2	66	2,803	1,070	,132
3	45	1,489	,661	,099
4	42	2,214	1,116	,172
5	45	1,844	1,107	,165

Graphique des interactions pour Ech1

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-1,181	,325	<,0001	S
1, 3	,133	,365	,4730	
1, 4	-,592	,373	,0020	S
1, 5	-,222	,365	,2306	
2, 3	1,314	,380	<,0001	S
2, 4	,589	,388	,0031	S
2, 5	,959	,380	<,0001	S
3, 4	-,725	,422	,0008	S
3, 5	-,356	,414	,0922	
4, 5	,370	,422	,0853	

D'après le Test de Fisher, la lettre « s » devant une ligne du Tableau ci-haut, signale une différence significative des moyennes entre les catégories professionnelles, à un seuil de significatif de 5%.

L'analyse des tableaux et du graphique de la page 174 nous renseigne sur l'influence significative de la Profession des sujets sur la représentation du handicap au Congo-Brazzaville.

Nous avons déjà défini et retenu 5 catégories observables de la variable Profession, qui correspondent à 5 niveaux :

- 1 – Sans Emplois, Elèves et Etudiants
- 2 – Enseignants et Formateurs
- 3 – Administrateurs
- 4 – Professions de santé
- 5 – Autres (chauffeurs, ouvriers, cordonniers).

L'application du Test de Fisher révèle une différence significative entre les moyennes des niveaux d'évaluation de la personne handicapée et du handicap par les différentes catégories socio-professionnelles de notre échantillon (sur l'ensemble des 22 échelles).

Les Enseignants, les Formateurs et les Professionnels de la santé valorisent la personne handicapée plus que les autres catégories socio-professionnelles.

VII.4.2. Résultats pour la variable Age :

Tableau ANOVA pour Ech1

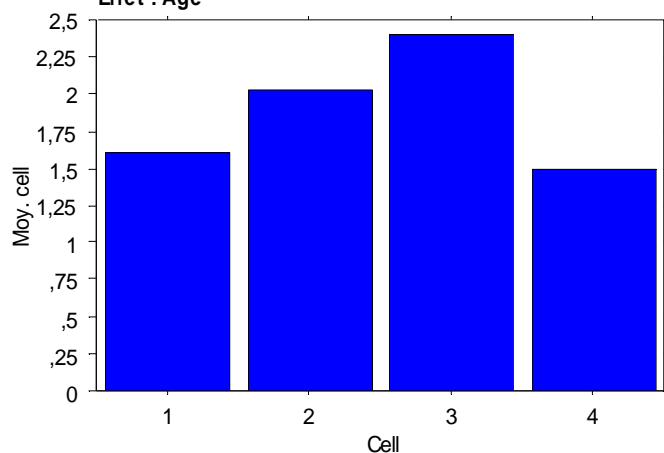
	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	27,315	9,105	7,960	<,0001	23,881	,995
Résidu	276	315,682	1,144				

Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,607	,918	,118
2	119	2,025	1,131	,104
3	80	2,400	1,176	,131
4	20	1,500	,513	,115

Graphique des interactions pour Ech1
Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,419	,332	,0135	S
1, 3	-,793	,358	<,0001	S
1, 4	,107	,542	,6993	
2, 3	-,375	,304	,0160	S
2, 4	,525	,509	,0431	S
3, 4	,900	,526	,0009	S

VII.4.3. Résultats suivant le Sexe :

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	2,513	2,513	2,052	,1531	2,052	,281
Résidu	278	340,483	1,225				

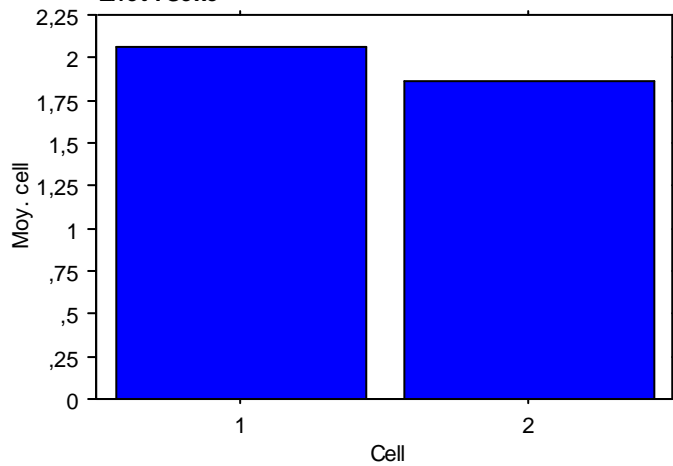
Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Sexe

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,068	1,171	,085
2	88	1,864	,949	,101

Graphique des interactions pour Ech1

Effet : Sexe



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Sexe

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,204	,280	,1531

Sur la base de l'analyse des résultats des 22 échelles, l'Age et le Sexe des sujets n'influencent pas de façon significative la représentation de la personne handicapée.

A propos de l'Age, nous avons retenu 4 tranches qui correspondent à 4 niveaux :

- 1 – les personnes de 17 à 27 ans
- 2 – les personnes de 28 à 38 ans
- 3 – les personnes de 39 à 50 ans
- 4 – les personnes de plus de 50 ans

A l'image du graphique de la page 176, il n'existe pas de différence significative entre les moyennes des 4 tranches d'âge.

Pour le Sexe, le niveau 1 correspond aux Hommes, et le niveau 2 aux Femmes.

Les résultats, sur l'ensemble des 22 échelles, n'indiquent pas non plus, une différence significative entre les moyennes des Hommes et celles des Femmes à l'image du graphique de la page 177.

VII.4.4. Résultats selon le du Niveau d'Etudes :

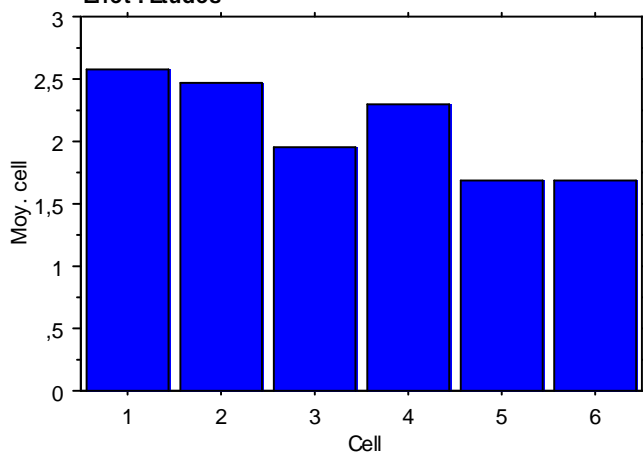
Comme pour la Profession, les résultats font apparaître une différence significative des moyennes entre les 6 catégories de Niveaux.

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	25,259	5,052	4,356	,0008	21,782	,972
Résidu	274	317,738	1,160				

Tableau de moyennes pour Ech1**Effet : Etudes**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,583	,793	,229
2	26	2,462	1,272	,249
3	80	1,950	1,042	,117
4	60	2,300	1,124	,145
5	76	1,684	1,048	,120
6	26	1,692	1,050	,206

Graphique des interactions pour Ech1
Effet : Etudes**Test PLSD de Fisher pour Ech1****Effet : Etudes****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,122	,740	,7461	
1, 3	,633	,656	,0585	
1, 4	,283	,670	,4061	
1, 5	,899	,659	,0076	S
1, 6	,891	,740	,0184	S
2, 3	,512	,479	,0363	S
2, 4	,162	,498	,5234	
2, 5	,777	,482	,0017	S
2, 6	,769	,588	,0105	S
3, 4	-,350	,362	,0581	
3, 5	,266	,340	,1245	
3, 6	,258	,479	,2901	
4, 5	,616	,366	,0011	S
4, 6	,608	,498	,0169	S
5, 6	-,008	,482	,9736	

Comme la Profession, le Niveau d'Etudes est une variable qui influence de façon significative la représentation de la personne handicapée et du handicap chez les Congolais. Ce constat tend à valider notre deuxième hypothèse.

Nous avons défini et retenu 6 Niveaux d'Etudes allant du CEPE (Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires) à Bac plus cinq années d'études. Les résultats de l'ANOVA sur les 22 échelles, laissent apparaître une différence significative entre les six catégories du Niveau d'Etudes.

Au Congo, la notion de handicap varie selon les milieux socio-culturels des acteurs. Les sujets issus des couches instruites et favorisées décrivent des situations de handicaps plus nombreuses concernant aussi bien les déficiences physiques que sensorielles et mentales, alors que les sujets peu instruits ne décrivent surtout que des situations de déficiences physiques. Certaines situations comme la mobilité, la force physique, le courage et le respect sont reconnus de façon prioritaire par les élèves, les chauffeurs, les sans emplois et les vendeurs. L'ouverture aux autres, le bon goût, la sensibilité, l'habileté créative sont parmi les valeurs importantes citées par les milieux sociaux favorisés au bagage culturel élevé que sont les enseignants, les ingénieurs, les médecins, les administrateurs et les formateurs.

VII.4.5. Résultats suivant le Contact avec les Personnes Handicapées :

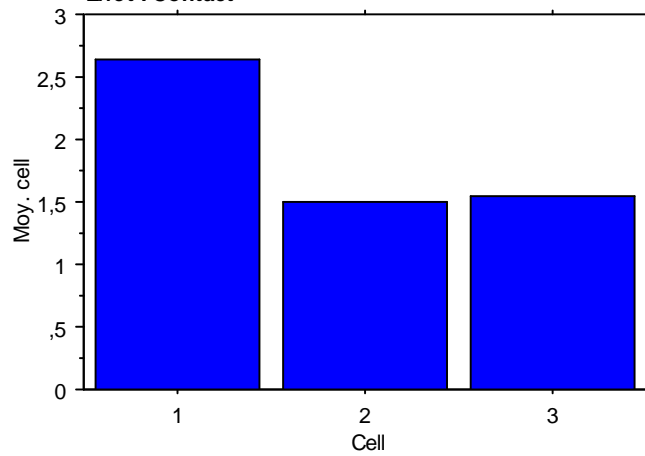
Tout comme pour les variables Age et Sexe, le « Contact avec les personnes handicapées » n'indiquent pas, sur les 22 échelles, une différence significative entre les moyennes des personnes en Contact avec les handicapés et celles des personnes Sans Contacts directs avec les handicapés, à un seuil de 5%.

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	87,271	43,635	47,265	<,0001	94,531	1,000
Résidu	277	255,726	,923				

Tableau de moyennes pour Ech1**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,634	1,175	,106
2	120	1,500	,799	,073
3	37	1,541	,558	,092

Graphique des interactions pour Ech1
Effet : Contact**Test PLSD de Fisher pour Ech1****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	1,134	,243	<,0001	S
1, 3	1,094	,355	<,0001	S
2, 3	-,041	,356	,8226	

A l'instar des variables Age et Sexe, le **Contact** avec les personnes handicapées n'indique pas, sur les 22 échelles, une différence significative entre les moyennes des personnes en Contact avec les handicapés et celles des personnes sans Contacts directs avec les handicapés. Ce constat tend à infirmer notre première hypothèse qui postule pour une différence de jugements, des opinions et des conduites entre les principaux acteurs de notre échantillon.

A côté de ces deux catégories de populations (en Contacts et Sans Contacts directs) qui caractérisent les deux premiers niveaux, le troisième niveau est composé des « Personnes Handicapées » elles-mêmes, qui, à travers leurs réponses aux questions, se survalorisent du point de vue de l'intelligence, la personnalité, du comportement et de l'activité. Elles s'attribuent sur les échelles d'évaluation, presque de façon exhaustive, des scores élevés du côté des traits de caractère positifs.

Quant à la similitude des résultats entre les personnes en contact et les personnes sans contacts, celle-ci pourrait s'expliquer par la nature du groupe des personnes « Sans Contact direct » avec les personnes handicapées. Ces personnes « non concernées » par le handicap, sont peut être des « concernées » qui s'ignorent. Elles se déclarent dépourvues, a priori, de toute situation d'implication avec les personnes handicapées, cela pourrait ne pas s'avérer être le cas pour les personnes interrogées pendant cette étude.

CHAPITRE VIII : LES OPINIONS ET APPRÉCIATIONS SUR LES PERSONNES EN SITUATIONS DE HANDICAPS

VIII. 1. EVALUATION DES ATTITUDES DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Notre principale démarche a consisté à inviter l'ensemble de nos 280 sujets, y compris les personnes handicapées elles-mêmes, à décrire une personne handicapée à l'aide d'évaluations portées sur 22 échelles bi-polaires de traits de caractère ou de personnalité. Chacune des échelles en cinq points étant constituée d'un couple d'adjectifs aux deux extrémités, de telle sorte que les adjectifs à connotation positive sont placés à gauche et ceux à connotation négative sont disposés à droite.

Nous avons retenu des traits de caractère pouvant être attribués à toute personne, même à celle dite valide. Nous sommes donc loin des situations stéréotypées qui ont pour but une simple description de la personne handicapée. Nous sommes donc partis de l'idée que la représentation des personnes handicapées devait s'étudier à partir de la représentation de la personne en général, et que c'est par actualisation de cette structure de représentation que pouvait se comprendre celle de la personne handicapée. Il s'agit de jugements émis par des sujets à propos des personnes singulières, du fait de leur identité sociale.

Il ressort de l'analyse que la représentation sociale de la personnalité des personnes handicapées s'inscrit dans un schéma représentationnel qui articule représentation des personnes sans handicaps et représentation des modèles sociaux idéaux. Les personnes handicapées sont alors pensées comme "*logiquement*" porteuses d'une personnalité particulière qui doit les conduire, de manière aussi logique vers un type particulier d'adaptation sociale.

Cette attribution de la personnalité n'est pas caractérisée par le fait de placer la personne handicapée sur un point particulier d'une échelle (très passif, trop distrait, désagréable, irresponsable) mais de lui assigner des traits de caractère plus ou moins valorisants et de lui en interdire totalement d'autres.

Les opinions et les jugements de nos sujets sur les handicapés à l'aide des 22 échelles portaient sur l'évaluation de quatre facteurs de leur personnalité :

- l'Activité
- l'Intelligence
- la Moralité
- et le Comportement

L'exploitation des résultats laisse apparaître (tant pour les questionnaires que pour les entretiens) une constante valorisation de la personne handicapée chez presque tous les sujets. Les moyennes de scores des échelles tendent vers les valeurs positives (gentil, compréhensif, franc, poli...). Cependant, les clichés et les stéréotypes bien connus apparaissent "calme ou passif", "avoir toujours besoin de quelqu'un", "timide ou émotif", "naïf..."

La tendance à la valorisation peut s'expliquer par la vie socio-culturelle congolaise qui recommande la proximité, la compassion et la solidarité avec les plus faibles et les plus défavorisés qui vous sont proches. Toutefois ce droit à la différence est accepté surtout dans la mesure où elle ne met pas en cause l'identité ou les valeurs du groupe d'appartenance ou de référence.

VIII.2. APPROCHE COMPARATIVE ENTRE LES PERSONNES EN CONTACT ET LES PERSONNES SANS CONTACT AVEC LES HANDICAPÉS

Notre première hypothèse suppose que *"les acteurs en contact permanent avec les personnes handicapées auraient des représentations positives identiques sur le handicap, qui diffèrent de celles souvent négatives des acteurs sans interaction directe avec les personnes handicapées"*. Nous avons donc postulé pour une différence de jugements, des opinions, des conduites entre les principaux acteurs de l'échantillon.

Il existe à côté des personnes *"concernées"* ou *"non concernées"* par les questions du handicap une troisième catégorie (37 sujets), constituée rien que de personnes handicapées elles-mêmes, auxquelles nous avons demandé de s'auto-évaluer. Il ressort de

nos analyses une "*survalorisation*" de la personne handicapée par elle-même, qui consiste à s'attribuer des scores très élevés pour des traits de caractère positifs.

Cependant, entre les acteurs en contact permanent avec les personnes handicapées et les acteurs sans interaction directe, il n'y a pas de différence de jugement significative au vu des moyennes des scores de leurs évaluations sur les échelles selon les résultats de l'ANOVA. La tendance générale au niveau de ces deux types de populations est plutôt celle de la valorisation de la personne handicapée au plan de son intelligence, ses attitudes, sa moralité et son comportement. La tendance élevée du sentiment de compassion est aussi perceptible chez les deux types de populations. Les mêmes résultats s'observent également suivant une démarche de type psychosocial fondée sur une analyse comparative des entretiens recueillis auprès des sujets appartenant aux trois groupes qui composent notre population. Cette analyse tient compte des contenus thématiques à la fois explicites et implicites sur les figures significatives des handicaps dans leur ensemble.

Cette situation nous ramène au cœur des thèses de Serge MOSCOVI (1961)¹³² qui décrit la représentation sociale comme un ensemble d'opinions analysables selon trois principes :

- . l'information qui renvoie à la somme des connaissances qu'un individu possède sur un objet social ;

- . le champ de représentation, qui est complexe et exprime l'idée d'une organisation du contenu ;

- . l'attitude, qui est considérée comme la dimension « *primitive* » de la représentation et exprime l'orientation (générale ou individuelle), positive ou négative vis-à-vis de l'objet de la représentation.

VIII.2.1. Explication des résultats de l'approche comparative

Cette démarche vise à faire la part des choses entre une représentation de la personne handicapée relevant de l'imaginaire individuel et celle liée à l'expérience

¹³² MOSCOVICI S. (1961), *La Psychanalyse, son Image et son Public*, PUF, Paris, p. 171.

personnelle des situations quotidiennes avec les personnes handicapées. La représentation de la personne déficiente se trouverait alors déterminée par les codes culturels en vigueur dans les milieux spécifiques dans lesquels les sujets évoluent ou non auprès des personnes handicapées.

L'absence de différence significative entre les résultats des "**Personnes en Contact**" et des "**Personnes sans Contact**" avec les handicapés s'explique à la fois par les caractéristiques de notre échantillon et par le mode d'organisation et de fonctionnement de la société congolaise de façon plus globale. En réalité, il n'y a pas une grande différence entre ces deux catégories de populations car la vie communautaire congolaise rapproche presque tout le monde au niveau des contacts quotidiens.

VIII.2.1.1. La représentation chez les personnes en contact avec les handicapés

Sur un total de 280 sujets de notre échantillon, 123 personnes sont reconnues comme ayant des contacts permanents avec les handicapés et 120 sont sans contacts permanents. Le reste de l'échantillon est constitué de personnes handicapées elles-mêmes, qui ont bien voulu répondre à nos préoccupations.

Le groupe des personnes ayant des contacts permanents ou groupe des "*personnes concernées*" par la situation des handicapés est composé des parents, amis et professionnels du handicap.

On relève donc chez les parents, amis et professionnels une reconnaissance et une acceptation de la personne handicapée avec un objectif de tout faire pour l'aider dans sa vie quotidienne. Tous présentent dans leurs discours des sentiments plus ou moins affectifs, d'amour et un soutien indéfectible. Il est cependant difficile de considérer les discours écrits ou verbaux recueillis auprès de ces "*personnes concernées*" par le handicap uniquement comme le reflet de leur imaginaire. Leur représentation de la personne handicapée renvoie aussi à leur expérience dans les relations avec les personnes handicapées. Il est par contre difficile de déterminer ou de distinguer la part qui relève de leur expérience de celle qui relève de leur imaginaire. Ces deux parts pourraient être considérées comme étant entrelacées et ressortent en fonction des contextes, des priorités ou des événements.

La position des personnes concernées est globalement caractérisable par une certaine dynamique évolutive de leur mode ou système de représentation qui tend vers le dépassement des clichés sur les handicapés.

VIII.2.1.2. La représentation chez les personnes sans contact avec les handicapés

Les personnes "non concernées" sont supposées ne pas avoir de relations directes avec des personnes handicapées, c'est-à-dire qu'elles ne sont impliquées, ni à titre personnel, ni au titre de pratiques de prise en charge auprès de personnes handicapées. Ce qui nous permet, sur un plan méthodologique, d'entendre leur discours comme le reflet de l'imaginaire sans référence à une réalité quotidienne partagée.

Or, les personnes en "Contact direct" aussi bien que les personnes "Sans Contact direct", attribuent les traits de caractère positifs aux personnes handicapées à plus de 70 %. Cette tendance élevée vers la valorisation de la personne handicapée s'observe aussi sur le plan de la compassion, de l'acceptation des conduites vis-à-vis des personnes en état de déficience en général.

La similitude des résultats entre les deux principales catégories de notre échantillon, s'explique par la nature et les caractéristiques du groupe des personnes "Sans contact direct" avec les personnes handicapées. Si les personnes "non concernées" se déclarent dépourvues, a priori, de toute situation d'implication avec les personnes handicapées, cela ne s'est pas toujours avéré être le cas avec les personnes que nous avons interrogées. Ces personnes "non concernées" sont peut être des "concernées" qui s'ignorent. Nous pouvons donc conclure que ces personnes ont une bonne connaissance des situations de handicaps et des personnes handicapées elles-mêmes.

Le groupe des personnes "Sans Contact direct" devient comme un groupe témoin ou une catégorie méthodologique fictive, qui nous permet de conclure qu'au Congo-Brazzaville, on est concerné subjectivement par le handicap, même lorsqu'on se trouve en dehors de toute implication directe avec des personnes handicapées. En outre, la réalité des relations avec les personnes handicapées, ne constitue pas le référent unique des élaborations subjectives des personnes "concernées", celles-ci sont soumises à d'autres facteurs aussi déterminants qui sont d'ordre personnel, social et culturel.

VIII.3. EVALUATIONS DES PERSONNES HANDICAPÉES PAR ELLES-MÊMES

Les points de vue des handicapés ont été aussi sollicités lors des entretiens semi-directifs. Ensuite, sur un effectif de 280 Sujets de notre échantillon, 37 personnes handicapées ont bien voulu remplir nos questionnaires, pour effectuer en quelque sorte une auto-évaluation. L'analyse de leurs réponses relève une survalorisation de la personnalité, de l'intelligence, de l'activité et du comportement des personnes handicapées par elles-mêmes ; en s'attribuant sur les échelles d'évaluation presque de façon exclusive, des scores élevés du côté des traits de caractère positifs. Cette situation est le reflet du statut et de l'activité des handicapés interrogés, qui dans leur majorité sont des militants associatifs très instruits, jouant parfois un rôle de syndicalistes surtout lorsqu'ils sont membres de grandes associations comme l'U.N.HA.CO. Nous avons en mémoire l'exemple d'un sujet handicapé qui, pour définir une personne handicapée, s'est contenté de nous recopier, mot à mot, la définition officielle contenue dans la principale loi congolaise portant statut, promotion et protection de la personne handicapée au Congo.

Cependant, cette survalorisation ne peut pas s'expliquer simplement par un fort sentiment d'estime de soi, elle est aussi le reflet d'une bonne connaissance de leurs propres capacités et un mécanisme de défense pour s'auto-affirmer dans une société où les clichés réducteurs et infantilisants sont courants.

VIII.4. L'INFLUENCE DE LA PROFESSION, L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'ÉTUDES SUR LES REPRÉSENTATIONS

Nous avons relevé plus haut que les représentations sociales sont spécifiques par leurs caractères systémiques et dynamiques, leur vocation étant de permettre un repérage dans l'univers matériel et social où l'aspect structural et cognitif domine.

L'information sélectionnée pour catégoriser la personne handicapée varie non seulement en fonction du milieu, mais aussi en fonction des critères personnels et sociaux : l'âge, le sexe, la profession et le niveau d'études. Cependant, ces critères n'influencent pas de la même manière les représentations des acteurs sur les personnes handicapées, certains critères ont plus de poids que d'autres.

Notre deuxième hypothèse parie en faveur d'une forte influence des critères "profession" et "niveau d'études" au détriment des variables "âge" et "sexe" moins influentes.

Au regard des résultats obtenus après l'analyse de variance (voir ces résultats dans la partie des annexes), il y a une variation suivant l'influence des critères âge, sexe, profession et niveau d'études, sur les modalités des représentations des handicaps.

Le calcul et l'application des tests F de SNEDECOR et du PLSD de Fisher à des seuils P.01 et P.05 font apparaître des résultats significatifs pour les critères "profession" et "niveau d'études" et non significatives pour les critères "âge" et "sexe". Ce qui signifie que les représentations que nous étudions sont surtout conditionnées par les facteurs "profession" et "niveau d'études".

Au Congo-Brazzaville la profession et le niveau d'études sont des valeurs différenciatrices importantes dans toutes les sphères sociales. Le niveau d'instruction et l'emploi occupé sont souvent très liés, les personnes les plus instruites occupent souvent les professions non seulement les plus rémunératrices, mais aussi les plus valorisantes et les plus prestigieuses. L'appartenance à un groupe social entraîne une singularisation de l'acteur en fonction des relations interpersonnelles intragroupes ou intergroupes. On peut par exemple noter que la mobilité, la force physique, le courage et le respect sont reconnus comme valeurs primordiales par les élèves, les sans-emplois, les chauffeurs et les vendeurs. La sensibilité, le bon goût, l'habileté créative et l'ouverture aux autres caractérisent les valeurs importantes pour les milieux sociaux favorisés au bagage culturel élevé (enseignants, administrateurs, médecins, formateurs, ingénieurs).

Ainsi la notion de handicap varie selon les milieux socio-culturels des acteurs ; plus le sujet est issu des couches instruites et favorisées, plus les handicaps décrits sont nombreux et concernent aussi bien les déficiences motrices que sensorielles et mentales, alors que les sujets peu instruits ne décrivent surtout que des situations de déficiences physiques.

VIII.5. LES REPRÉSENTATIONS SUIVANT LES TYPES DE HANDICAPS

L'analyse des discours verbaux et écrits contribue à éclairer les représentations sociales liées à la personne handicapée. Elle montre qu'au Congo-Brazzaville, des catégories plus anciennes et certaines expressions réfutées ou délaissées par les institutions internationales, existent toujours. Ainsi des termes plus ou moins péjoratifs suivants sont abondamment cités : infirme, fou, paralytique, boiteux, manchot, borgne, mutilé, invalide et débile. Dans tous les cas, des descriptions ségrégatives demeurent chez certaines personnes qui mettent l'accent plus sur la différence que sur la similitude avec les personnes handicapées. D'où la personne handicapée est perçue d'abord comme quelqu'un que l'on doit assister pour palier à son manque d'autonomie dans la vie quotidienne. La valorisation de la personne handicapée ne s'accompagne donc pas d'une véritable reconnaissance de ses capacités individuelles propres pouvant être développées afin de la rendre autonome.

VIII.5.1. Le handicap physique ou moteur comme « icône »

Les handicaps physiques, notamment ceux atteignant les membres inférieurs et supérieurs sont les plus cités parmi les autres types de handicaps ; et puis viennent dans l'ordre les handicaps sensoriels et mentaux.

Il apparaît que le handicap physique, plus particulièrement les personnes sur béquilles sert "d'icône" et de "grille de lecture" pour l'ensemble des handicaps. Cette situation s'explique par les usages sociaux, la position centrale et l'aspect symbolique du handicap physique.

Au Congo, pour signaler une institution ou tout endroit accueillant les personnes en situation de handicaps, le symbole ou le pictogramme utilisé est celui d'une personne sur béquilles ; un peu l'équivalent en France, du symbole d'une personnes sur fauteuil roulant qui figure sur les pancartes ou qui signale les places réservées sur les parkings aux personnes handicapées.

Les personnes interrogées attribuent une position centrale à la dimension physique ou motrice du handicap par rapport aux autres dimensions. Le "handicap physique" est

ainsi perçu comme l'élément le plus symbolique et le plus handicapant de la condition handicapée. On se trouve donc face à une représentation particulièrement parcellaire du handicap.

Cette centralité du "handicap physique" pourrait s'expliquer d'abord par le taux élevé des handicapés physiques ou moteurs à Brazzaville (ville dans laquelle cette étude a été menée) où, selon les statistiques des associations spécialisées sur les questions du handicap, les deux tiers des personnes handicapées le sont au niveau des membres inférieurs. Ensuite, la déficience physique a comme caractéristique d'être visible et cette visibilité se dessine au travers des marques corporelles et des difficultés fonctionnelles, contrairement à la déficience sensorielle ou mentale qui se verrait moins dans la ville. A Brazzaville, l'appareillage des handicapés moteurs se fait plus facilement par les Organisations Non Gouvernementales et l'Etat congolais (dons de béquilles, tricycles et chaussures), car les techniques et le coût du matériel sont plus accessibles, à l'inverse des aides techniques et des prises en charge des handicapés sensoriels et mentaux qui paraissent plus pointilleuses et plus onéreuses. Grâce à l'appareillage, les handicapés physiques ou moteurs se déplacent donc plus régulièrement que les autres catégories, donc se rendent plus visibles.

Les handicapés sensoriels et mentaux qui suscitent parfois un sentiment de honte chez les parents sont cantonnés souvent au domicile des parents qui les surprotègent, car ils sont souvent exclus du système scolaire par manque de moyens et surtout par le manque ou l'insuffisance d'établissements spécialisés pouvant les accueillir.

VIII.5.2. Le handicap mental et la maladie mentale

Nous prenons en compte le thème du handicap en référence aux catégories nosographiques qui établissent une distinction entre les différentes déficiences constitutives des handicaps.

Presque l'ensemble de nos sujets font une distinction assez claire entre le handicap mental et la maladie mentale dans leurs discours. Cependant, ils ne s'étendent pas de façon plus large sur la description des déficients intellectuels. Nous n'avons pas constaté comme Benoît MIAKALOUBANZA (1985) et Jacqueline N'GABALA (1990), une assimilation de la déficience mentale à la maladie mentale. Nos sujets, tous urbains, sont

des personnes instruites et différencient les "malades mentaux" qui, à Brazzaville, vivent dans la rue ou à l'hôpital psychiatrique, des "handicapés mentaux" qui vivent au sein de leurs familles, se déplacent rarement et toujours accompagnés d'au moins un membre ou un proche de la famille. La personne handicapée mentale suscite une attitude qui conduit à la compassion d'autrui, ensuite à la surprotection et aux pratiques de soins par les parents, dans une société où la naissance d'un enfant handicapé mental est considérée à 60 % comme d'origine surnaturelle (sorcier, mauvais esprits ou sanction du bon Dieu). Le malade mental qui le devient souvent à l'âge adulte est souvent rendu responsable lui-même de sa situation et suscite de la méfiance et de la peur.

VIII.5.3. Les handicaps sensoriels et la faible vicariance

Dans le domaine des handicaps sensoriels, les cas les plus évoqués par les personnes interrogées sont : la déficience visuelle et la déficience auditive. Les personnes déficientes sensorielles sont évoquées en référence aux processus adaptatifs et aux performances des personnes considérées théoriquement comme normales. Il apparaît aussi une forme de résignation, surtout si le handicap sensoriel est apparu à la naissance, car il est dans ce cas surtout considéré comme une situation surnaturelle qui s'impose à la famille.

Par l'absence ou le faible taux (moins de 1 %) d'existence des établissements spécialisés dans l'éducation des déficients sensoriels, les parents n'ont d'autre choix que de s'occuper eux-mêmes de leurs enfants à domicile. Abandonner à la seule charge de la famille, ces enfants ne bénéficient pas de la vicariance sensorielle pouvant les aider à s'adapter à leur environnement général. Cette situation ne met pas à la disposition des enfants déficients sensoriels, des possibilités suffisantes leur permettant de développer des capacités nouvelles. Ces enfants disposent donc de très peu de **processus vicariants** pour s'adapter au monde auquel ils sont confrontés.

Par ailleurs, la personne déficiente sensorielle se voit parfois attribuer un pouvoir surnaturel qui compenserait d'autre part son déficit ; par exemple des affirmations du genre : une personne handicapée qui devient féticheur aura un pouvoir de guérison double (J. ONDONGO, 1985).

Au plan socio-culturel, la personne déficiente visuelle est parfois plus valorisée que la personne déficiente auditive, car l'insertion est plus difficile pour des personnes privées de langage que pour des personnes aveugles, qui, eux, disposent de langage, dans une société où la culture se transmet de façon orale.

VIII.6. UNE CONSTANCE DANS L'EXPLICATION DE L'ORIGINE DU HANDICAP

Notre troisième et dernière hypothèse postule pour une modification pendant ces dernières années, de la perception sociale et de la représentation de la personne handicapée au Congo, au regard des changements sociaux, économiques, politiques et culturels.

Nous avons décrit plus haut la réalité socioculturelle qui a toujours existé au Congo dans la perception et l'explication des causes des handicaps. Dans la société traditionnelle africaine en général et congolaise en particulier le handicap, la maladie et la mort sont le résultat d'un désordre ou des problèmes sociaux. Même si la distinction est clairement faite entre une personne malade et une personne handicapée, les causes à l'origine de ces deux états sont souvent considérées comme identiques. La dominante, c'est l'explication sociale et non médicale de l'origine du handicap, même si cette dernière peut s'ajouter de façon secondaire à la première.

Cet état d'esprit n'a pas profondément changé de nos jours, même en milieu urbain où notre étude a été menée. En demandant à nos sujets de choisir une seule explication de l'origine du handicap parmi trois propositions, les réponses se résument de la façon suivante :

- Biologique 41,60 %
- Divine 40,40 %
- Sorcellerie 18 %

Selon ce modèle explicatif, la constance, c'est l'explication sociale (divine et sorcellerie) qui domine avec 58,4 %, alors que l'explication biologique ou médicale ne recueille que 41,60 %.

Le handicap serait donc dû majoritairement à une agression menée par des êtres vivants (sorcier par exemple) ou par des esprits (ancêtres, Dieu).

L'agression par les hommes se fait directement par un parent ou un voisin (malédiction), ou indirectement par l'intermédiaire d'un tiers : le sorcier, capable de nuire à la demande. L'agression par les esprits a pour base d'explication les systèmes traditionnels (vengeance ou punition d'ancêtres en colère suite à la transgression des tabous et coutumes) et aussi les religions et sectes d'importation faisant référence à un "Dieu" tout puissant à qui ont doit obéissance.

Cette vision des choses est contraire à celle qui domine en Europe, où on se tourne d'abord vers le corps de la personne malade ou handicapée et non vers la société. Ainsi, par exemple, l'hérédité est parmi les premières des causes reconnues ou recherchées par les parents européens, à la naissance d'un enfant handicapé. La tare est dans l'organisme ou dans la chair, à l'intérieur des parents. Cette situation est bien une illustration de l'opposition intérieur-extérieur ou soma-culture.

Les personnes qui ont rempli nos questionnaires sont des citadins, car elles vivent toutes à Brazzaville. En milieu rural nous avons eu juste des discussions et des contacts moins standardisés, donc moins contraignants. Ces personnes sont toutes, à des degrés divers, instruites suivant les modèles occidentaux, mais elles restent très imprégnées des modèles sociaux explicatifs des maladies et des handicaps dominants dans leur société. Les changements des modes de vie de ces dernières années n'ont donc pas totalement ébranlé leur mode de pensée. Ces personnes du milieu urbain appartiennent souvent à des villages, des régions et des ethnies, donc à un ensemble de socio-cultures ou de traditions qui perdurent même dans une grande ville comme Brazzaville où l'on retrouve, par exemple, autant de "ngangas" (guérisseurs, voyants) aussi réputés et célèbres que dans les milieux ruraux congolais.

VIII.7. LES ENJEUX DE L'INSERTION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

VIII.7.1. L'univers des attentes et des souhaits

Du point de vue de l'insertion, le sentiment qui se dégage de façon générale est qu'au Congo-Brazzaville les personnes handicapées sont négligées et abandonnées à elles-mêmes et à leurs familles par les institutions publiques. A titre d'exemple, l'UNHACO estime qu'au Congo environ 83,60 % des femmes handicapées d'un âge compris entre 15 et 30 ans sont des filles sans foyers et de pères inconnus ayant elles-mêmes des enfants de pères inconnus. Face à ce constat, le désir d'intégrer les personnes handicapées au sein de la société congolaise est réel et ardent.

Les attentes et les souhaits sont nombreux et concernent les institutions, l'école, le travail, l'identité de la personne handicapée, la protection sociale. Il y a très peu de revendications sur l'accessibilité aux bâtiments et aux édifices publics, ce qui témoigne d'un manque de prise de conscience de beaucoup d'acteurs sur cette question pourtant très importante.

D'une manière plus précise les attentes et les souhaits les plus pressants sont :

- la création d'un ministère des handicapés,
- la mise en place des maisons de personnes handicapées,
- appliquer les lois existantes notamment celle d'avril 1992 qui jusqu'à ce jour n'a pas de décrets d'application,
- la gratuité des soins,
- la mise en place d'une allocation pour handicapés,
- faire établir une carte pour les handicapés,
- la formation des techniciens spécialisés dans la réadaptation.

VIII.7.2. A l'inverse des thèses de GOFFMAN

L'intégration ou l'insertion sociale est évoquée surtout en termes de moyens financiers afin de permettre ou de faciliter l'accès à l'école, au travail, à la culture, au mariage et au sport. Par contre la personne handicapée ne se retrouve pas stigmatisée comme le décrivait GOFFMAN (1963), c'est-à-dire cette vision du handicap qui constituait pour lui des freins essentiels à l'intégration sociale des personnes handicapées.

L'accès à l'école demeure difficile, sauf pour les handicapés physiques, par manque ou insuffisance d'établissements spécialisés dans l'accueil des personnes déficientes. Le mariage et la vie de famille sont aussi difficilement accessibles aux personnes en situation de handicap. Grâce aux associations et à quelques bonnes volontés, la pratique du sport et l'accès aux activités culturelles connaît quelques éclaircies.

En milieu urbain, l'accès à l'emploi reste difficile et limité, même au sein des services publics. Cependant quelques handicapés physiques assez diplômés dynamisent la vie associative et occupent dans les services publics des emplois et des fonctions à des échelles diverses. La situation demeure plus criarde pour les autres catégories des handicapés qui ont très peu accès et la formation et à l'emploi. Les emplois exercés par ces catégories sont surtout manuels comme : l'artisanat, l'horlogerie, la mécanique, la poterie, la cordonnerie et la fabrique des briques.

CONCLUSION

Nous avons choisi de mener une réflexion sur la notion de représentation dans le champ des handicaps pour cerner la place faite à la personne handicapée au Congo, non seulement dans l'imaginaire, mais aussi sur un plan pratique.

La notion de "représentation", généralement qualifiée de sociale se définit de plus en plus comme le concept-clé susceptible de rendre compte à la fois des attitudes, des conduites, des opinions et des vécus des différents acteurs sociaux, ainsi que de leurs empreintes socio-culturelles. Il se trouve que la représentation est actuellement l'objet des réflexions à caractère fondamental dans nombre de disciplines des sciences humaines et sociales. Par cette interdisciplinarité, cette notion apparaît alors centrale d'un point de vue théorique.

L'abondance d'études interdisciplinaires dans le domaine de la recherche sociale, ne va pas sans poser de question du fait du caractère polysémique de la notion de "représentation". D'après Lucien BRAMS et Annie TRIOMPHE (1990) *"on a parfois l'impression de se trouver face à une forme de pseudo-concept passe partout, dont on peut se demander si la fonction essentielle n'est pas celle de la possibilité de réalisation d'un consensus mou à prétention multi-disciplinaire"* ¹³³. Cette critique ne rend pas inutile l'intérêt de cette notion pour une meilleure compréhension des processus de constructions sociales des différentes formes de handicap et des possibilités de recherche et d'action sociale, car une telle inquiétude ne peut porter à l'évidence que sur l'utilisation de la notion à travers certaines pratiques de recherche.

Nous avons pu montrer dans cette recherche l'importance de ce concept, car l'étude des représentations nous a permis de rendre compte des attitudes, des conduites, des opinions et du vécu d'un certain nombre d'acteurs sociaux face à un phénomène social d'une importance particulière qu'est le handicap. En résumé, les représentations sont des modalités de connaissances où s'articulent des informations, des prises de positions, des valeurs idéologiques et culturelles, des attitudes, des conduites, des opinions, des facteurs cognitifs par rapport à un objet ou une situation donnée. La caractéristique essentielle d'une représentation est qu'elle s'impose en l'absence de l'objet représenté. Or la notion de

¹³³ BRAMS L. et TRIOMPHE A., Représentations et handicaps : vers une classification des concepts et des méthodes, CTNRHI, PUF, Paris, 1990, p. 2.

"handicap" est aussi polysémique que la notion de représentation, vu qu'elle renvoie à des phénomènes et à des situations variées se rapportant à l'identité, au statut, aux capacités, au vécu et au rôle social de ceux qui en pâtissent.

L'étude des représentations des handicaps a été abordée ici suivant deux principales approches : les approches psycho-cognitive et psychosociale qui nous ont permis de recueillir par le biais des entretiens et des questionnaires des données intéressantes et nécessaires à la compréhension de la construction mentale des représentations ainsi que leur fonctionnement tout comme les stratégies mises en oeuvre par les sujets. Les valeurs socio-culturelles, les informations et les connaissances, les expériences que possèdent les sujets sont prises en compte dans le processus représentationnel. Les représentations mentales des handicaps rentrent dans la catégorie des représentations cognitives stables, stockées en mémoire à long terme ; en opposition aux représentations occurrentes qui sont des constructions circonstancielle que nous faisons pour répondre aux nécessités d'une situation ou d'une action. A travers les représentations sur les situations de handicaps, on retrouve des objets communs à l'étude de la cognition à savoir la mémoire, le contenu de la pensée et le langage. Ainsi, les représentations sur les handicaps sont des représentations abstraites et complexes, qui ont comme support le langage dans son expression verbale et écrite. Pour cette raison, nous avons pu les cerner et les caractériser par le langage à partir des entretiens semi-directifs et des questionnaires.

Au Congo, il n'y a pas une représentation du handicap et de l'inadaptation, il existe des représentations qui varient en fonction des types de handicaps, de l'expérience des acteurs sociaux, des relations ou non avec les personnes en situations de handicaps.

Pendant cette recherche, nous avons formulé trois hypothèses qui ont sous-tendu le déroulement de l'étude vers les principaux résultats.

La première hypothèse postule pour une différence des modes de représentations des handicapés, entre les acteurs en contact permanent avec les personnes handicapées et les acteurs sans interaction directe avec les personnes handicapées. Il ressort des résultats obtenus après l'Analyse de Variance une absence de différence sur les attitudes, les opinions et les jugements des "personnes en contact" et des "personnes sans contact direct", au regard des moyennes des scores de leurs évaluations sur les échelles. La tendance générale au niveau de ces deux types de populations est plutôt celle de la valorisation de la personne handicapée au plan de son intelligence, ses attitudes, sa moralité et son comportement. La tendance élevée du sentiment de compassion est aussi

remarquable chez les deux types de populations. Les mêmes résultats s'observent également suivant l'approche psychosociale fondée sur une analyse comparative des entretiens recueillis auprès des sujets appartenant aux deux groupes. Ces résultats dans leur ensemble tendent ainsi à infirmer notre première hypothèse qui prône la différence. La similitude des résultats entre ces deux principales catégories de notre échantillon s'explique par la nature et les caractéristiques du groupe des personnes "Sans Contact direct" avec les personnes handicapées. Si les personnes non concernées se déclarent dépourvues, a priori, de toute situation d'implication avec les personnes handicapées, cela pourrait ne pas s'avérer être toujours le cas avec les personnes que nous avons interrogées. Ces personnes "non concernées" sont peut être des concernées qui s'ignorent. En réalité, il n'y a pas une grande différence entre ces deux catégories de populations, car la vie communautaire congolaise rapproche presque tous les acteurs au niveau des contacts quotidiens. Le groupe des personnes "Sans Contact direct" devient ici comme un groupe témoin ou une catégorie méthodologique fictive qui nous permet de conclure qu'au Congo-Brazzaville, on est concerné subjectivement par les questions liées aux handicaps, même lorsqu'on se retrouve en dehors de toute implication directe avec les personnes handicapées. En outre, la réalité des relations avec les personnes handicapées, ne constitue donc pas le référent unique des élaborations subjectives des "personnes concernées", celles-ci sont soumises à d'autres facteurs d'ordre personnel, social et culturel.

D'autre part nous avons relevé une survalorisation des attitudes et des capacités des personnes handicapées par elles-mêmes, qui pourrait s'expliquer par un fort sentiment d'estime de soi, ou une bonne connaissance de leurs propres capacités, teintée d'un mécanisme de défense pour s'auto-affirmer.

Notre deuxième hypothèse, à la différence de la première, parie en faveur d'une forte influence des variables "profession" et "niveau d'études" sur les modalités des représentations des handicaps. Les résultats de l'analyse de variance font apparaître une influence significative des variables "profession" et "niveau d'études" au détriment des critères "âge" et "sexe" moins influents. Ces résultats confirment donc notre deuxième hypothèse, vu qu'au Congo, la profession et le niveau d'études sont des dimensions différenciatrices importantes dans toutes les sphères de la société. La présence au sein de l'échantillon d'un grand nombre de professionnels spécialisés sur les questions des handicaps laisse apparaître des représentations codées massivement par l'idéologie des institutions. Ainsi, par exemple, la définition de la notion de handicap varie selon els milieux socio-professionnels et culturels des acteurs interrogés ; plus le sujet est issu des

couches instruites et favorisées, plus les handicaps décrits sont nombreux et concernent aussi bien les déficiences motrices que sensorielles et mentales, alors que les sujets peu instruits ne décrivent surtout que des situations de déficiences physiques.

Il apparaît que le handicap physique, plus particulièrement les personnes sur béquilles, sert "d'icône" et de "grille de lecture" pour l'ensemble des handicaps. La dimension physique ou motrice du handicap occupe une position centrale par rapport aux autres dimensions. Le handicap physique devient l'élément le plus symbolique et le plus handicapant de la condition handicapée. Cette centralité du "handicap physique" s'explique d'abord par le taux élevé des handicapés physiques ou moteurs à Brazzaville, où les deux tiers des handicapés le sont au niveau des membres inférieurs.

Les personnes déficientes sensorielles sont évoquées en référence aux processus adaptatifs et aux performances des personnes considérées théoriquement comme normales. Il apparaît aussi une forme de résignation, surtout si le handicap sensoriel est apparu à la naissance, car il est alors considéré comme une situation surnaturelle qui s'impose à la famille.

Sur un plan culturel, l'insertion est quelquefois fonction de la nature de la déficience sensorielle ; la question est par exemple plus difficile chez une personne privée de langage que chez les aveugles qui, eux, disposent du langage dans une société où la culture est surtout orale.

Enfin, notre troisième et dernière hypothèse, qui suppose une modification de la perception sociale du phénomène du handicap, sous l'influence des changements économiques, sociaux, politiques et culturels, n'a pas été confirmée par les résultats de nos analyses. Les considérations socio-culturelles ancestrales ou traditionnelles sur les handicaps demeurent en vigueur même en milieu urbain. A propos de l'explication de l'origine des handicaps, la constance c'est l'explication sociale et non médicale, même si cette dernière peut s'ajouter à la première de façon secondaire. Les changements des modes de vie de ces dernières années n'ont donc pas ébranlé les modes de pensée sur ce qui est à la base des handicaps.

L'intégration ou l'insertion sociale est évoquée en termes de moyens financiers. Les attentes et les souhaits portent sur les institutions, le travail, l'école, la protection sociale, l'identité. La question de l'identité demeure centrale, car, à ce jour, la principale loi congolaise du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion de la personne handicapée, n'est pas appliquée, par manque de décrets d'application. Le vécu des

personnes handicapées dans une société reste, en partie, déterminé par les représentations du handicap dans cette société.

Enfin, pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées en république du Congo les propositions suivantes peuvent être prises en compte, sur les plans de :

* **La Formation** :

- Créer des établissements spécialisés, avec des internats, dans l'accueil des personnes handicapées dans toutes les régions du pays ;
- Mettre en place des ateliers d'apprentissage afin de vulgariser les techniques et les systèmes de communication modernes spécifiques (braille, langue des signes, l'usage des nouvelles technologies) ;
- Formation des formateurs et des techniciens spécialisés, dont l'effectif total demeure insuffisant pour tout le pays.

* **L'Information**

- Mettre en place des structures (journaux, émissions à la radio et à la télévision) pour la diffusion des informations sur les questions des handicaps.
- Organiser des forums, des ateliers, des séminaires, des colloques et des campagnes de sensibilisation des populations sur les causes des handicaps, ainsi que sur les modalités de leur prise en charge ;
- Rendre disponibles ou accessibles les informations officielles et publiques par l'usage de la langue des signes et du braille.

* **La Législation et les Institutions** :

- Prendre le plus tôt possible des textes d'application (décrets et arrêtés) de la principale loi 009/92 du 22 avril 1992 portant statut, promotion et protection de la personne handicapée au Congo-Brazzaville ;
- Mettre fin à certains textes à caractère discriminatoire, datant de l'époque coloniale, et interdisant l'exercice de certains emplois dans la fonction publique par les handicapés ;
- Prendre des mesures nécessaires de protection et de lutte contre les discriminations envers les personnes handicapées ;

- Ratifier les textes de l'O.N.U. inhérents aux questions du handicap, telles que les règles sur l'égalisation des chances des personnes handicapées ;
- Recréer au sein du gouvernement un Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, comme l'avait exigé la Conférence Nationale de 1991, afin d'accompagner les actions du milieu associatif, qui parfois ne savent à quel organisme s'adresser ;
- Mettre en place une structure à l'image de l'ex-COTOREP ou des actuelles MDPH (Maison des Personnes Handicapées) qui s'occuperait de préciser le degré ou le pourcentage du handicap, ainsi que du suivi des différentes mesures prises en faveur des personnes handicapées ;
- Créer un Comité Interministériel entre tous les ministères traitant des questions du handicap.

* **L'action socio-sanitaire**

- Attribuer une allocation à toute personne handicapée, reconnue comme telle, variable selon un degré du handicap fixé par des spécialistes. Cette allocation en vigueur pendant l'époque coloniale n'a d'ailleurs jamais été supprimée ;
- Instaurer une carte de handicapé ou d'invalidité, qui sera délivrée par un organisme habilité ;
- Créer une structure médico-psychologique qui prendrait en charge les traumatismes des guerres des années quatre vingt dix ;
- Permettre un accès gratuit aux soins médicaux à toute personne handicapée indigente, tout comme aux personnes dont elle a la charge ;
- Mettre en place des services permanents d'accueil avec des guides et des interprètes au niveau des grandes administrations, des centres hospitaliers, des centres de loisirs, des grandes entreprises...
- Améliorer l'accessibilité à tous les bâtiments publics, pouvant accueillir une personne handicapée.

* **L'emploi et l'économie**

- Fixer un quota d'embauche des personnes handicapées de 5 % à toutes les grandes entreprises et de 10 % à l'Etat, afin d'encourager leur embauche ;
- Promouvoir l'embauche des personnes handicapées et protéger l'emploi de celles qui en exercent déjà, par des textes reconnaissant leurs capacités, talents, expérience, ainsi que leurs besoins spécifiques au travail ;

- Exonérer d'impôts et taxes les personnes handicapées exerçant un emploi ou toute autre activité, en fonction des exigences de cette activité, afin de compenser les difficultés liées au transport, au besoin d'assistance technique... ;

- Créer un Fonds d'Aide qui soutiendrait et accompagnerait les initiatives et les projets économiques des personnes handicapées en octroyant des crédits.

*** La culture, le sport et les loisirs :**

- Instaurer une carte donnant droit à une réduction de 75 % sur tous les spectacles et grands événements sportifs dans tout le pays ;

- Encourager et aider les artistes handicapés à se produire et à exposer leurs œuvres au plan national et international ;

- Rendre accessibles les infrastructures existantes afin de permettre la participation des personnes handicapées aux sports, à la culture et aux loisirs ;

- Créer au sein des fédérations sportives et des grandes compétitions nationales des catégories et des équipes des personnes handicapées.

A l'issue de cette recherche, il convient de relever quelques limites et de souligner quelques perspectives à venir. Rappelons que pour recueillir les données nous ayant permis de caractériser les représentations sur les handicaps, nous avons eu recours aux techniques d'entretiens et des questionnaires qui ne sont pas exempts de critiques dans le domaine de psychologie. Dans l'étude des représentations en psychologie, ce qui pose problème c'est la fiabilité à la fois dans le recueil que dans le traitement des données. Nous avons pu souligner aussi les difficultés spécifiques aux échelles d'attitudes, quant à leur simplicité. Il se pose aussi la question du statut et de l'identification de l'objet représenté, en d'autres termes, entre le handicap et la personne handicapée, quel est l'objet qui est représenté dans les discours oraux et verbaux qui nous sont communiquée ?

D'autre part, notre étude a été menée auprès des personnes engagées ou non dans des relations avec des personnes touchées par tous types de handicaps. Il est nécessaire et important de poursuivre les analyses en prenant en compte une catégorie bien spécifique du handicap.

Cependant, il ne s'agit là que de quelques remarques venant en appui d'un travail offrant différentes pistes d'entrée pour l'étude des situations de handicap au Congo, en même temps qu'un aperçu de quelques approches éprouvées pour l'étude des représentations.

BIBLIOGRAPHIE

ABRIC J.C., (1984), L'artisan et l'artisanat. Analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale, Bulletin de psychologie, n° 366.

Actes du Colloque Perception, Cognition, Handicap : Recherches en Défectologie, (1996), Université Lumière Lyon 2, Lyon.

Actes du 6ème Congrès de l'ARIBa : "Revoir la vision", (2006), ARIBa, Lyon.

ALBY J.M. et SANSOY P. (1987), Handicaps, vécu, évalué ; Pensée Sauvage, Grenoble.

BLANCHET A. (1991), Dire et faire dire, l'entretien, Armand Colin, Paris.

BLANCHET A. et al (1985), L'Entretien dans les sciences sociales, Bordas, Paris.

BONARDI C. et ROUSSIAU N. (1999), Les Représentations sociales, Dunod, Paris.

BROUAT J.P. (1990), La notion de représentation, une notion bien pratique à utilisation délicate, in Représentations et Handicaps, CTNERHI, PUF, Paris.

CHAUCHAT H. (1945), L'enquête en psychosociologie, PUF, Paris.

Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, INSERM (1983), CTNERHI (1988), Diffusion PUF, Paris.

Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) (2001), OMS, Librairie Privat.

CONGO I. (2000), Informatique et développement au Burkina : études des représentations, Thèse de Doctorat de Psychologie, Université Lumière Lyon 2, Lyon.

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1989), Nations Unies.

DENIS M. (1989), Image et Cognition, Presses Universitaires de France, Paris.

DENIS M. (1993), *Modèle et concept pour la science cognitive*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

DENIS M. et DUBOIS D. (1976), *La représentation cognitive*, *Année Psychologique*, Paris.

DICKEN G. (1957), *Connotative meaning as a determinant of stimulus generalization*, Unpubl, doctorat dissert, University of Minnesota.

Dictionnaire des anglicismes (1984), *Dictionnaire Robert*, Paris.

DOISE W., CLEMENCE A., LORENZI-CIOLDI F. (1992), *Représentations sociales et analyse de données*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

ERNY P (1973), *L'enfant et son milieu en Afrique noire, essai sur l'éducation traditionnelle*, Payot, Paris.

FEARD S. et al (1990), *Les stéréotypes : constructions mentales du social, l'exemple de l'enfant handicapé*, in *Représentations et Handicaps*, CTNERHI, PUF, Paris.

FISCHER G.N. (1990), *Le champ social*, Paris, Bordas.

FLAVEL J.H. (1961), *Meaning and meaning similarity : I.A theoretical reassessment, II. The semantic differential and co-occurrence as predictors of judged similarity in meaning*, *J. gen. Psychology*, n° 64.

FORTIN C. et ROUSSEAU R. (1992), *Psychologie cognitive : une approche de l'Information*, Presses Universitaires du Québec, Québec.

FRAISSE P., PIAGET J. et JODELET (1973), *Traité de Psychologie Expérimentale*, Tome VIII, PUF, Paris.

FREUD S., *Représentation des rêves*.

GHIGLIONE R., MATALON B. (1978), *Les Enquêtes Sociologiques : Théories et Pratique*, Armand Colin, Paris.

GHIGLIONE R. (1990), *Traité de Psychologie Cognitive 3*, Dunod, Paris.

GIAMI A. (1990), *L'hypothèse de la figure fondamentale du handicap*, in *Représentations et Handicaps*, CTNERHI, PUF, Paris.

GOFFMAN E. (1985), *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Editions de Minuit, Paris.

GOMEZ GOMES Y. (1985), *Recherches sur les croyances traditionnelles des peuples du Congo et du Gabon*, Thèse de Doctorat 3e cycle, Université Paris 10.

HAMONET C. (1996), *Les personnes handicapées*, PUF, Paris.

HERNANDEZ C. (1978), *Handicaps, Handicapés*, Editions Sociales Françaises, Paris.

HOC J.M. (1987), *Psychologie cognitive de la planification*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

JAVEAU C. (1985), *L'enquête par questionnaire*, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles.

JODELET D. (1993), *Les représentations sociales*, PUF, Paris.

JODELET F., *L'Association verbale* in *Traité de Psychologie Expérimentale*, Tome VIII, PUF, Paris.

KAES R. (1968), *Image de la Culture chez les Ouvriers Français*, PUF, Paris.

KI-ZERBO J. (1987), *L'histoire de l'Afrique Noire*, Hatier, Paris.

LAVOREL P. (1991), *Psychologie et cerveau*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon.

LE BRETON D. (1995), *Le miroir social du handicap*, in *Journal des psychologues*, n° 130, pp 26 à 28.

LENOIR R. (1974), *Les exclus*, Editions du Seuil, Paris.

LE NY J.F. (1985), Les représentations, in *Psychologie Française*, n° 34, pp. 230-238.

LE NY J.F. (1989), *Science cognitive et compréhension du langage*, Presses Universitaires de France, Paris.

LEVI-STRAUSS C. (1958), *Anthropologie structurale*, Editions Plon, Paris.

MARC E. et PICARD D. (1989), *L'Inter-action Sociale*, PUF, Paris.

MARTIN R. (1983), *Représentations et professions*, Table Ronde Internationale sur les représentations, Montréal, 2e Session.

MIKALOUBANZA B. (1985), *L'éducation des déficients intellectuels au Congo : analyses et propositions*, Thèse de Doctorat 3e cycle, Paris 10, Nanterre.

MOSCOVICI S. et al (1972), *Introduction à la psycho-sociale I*, Librairie Larousse, Paris.

MOSCOVICI S. (1961), *La psychanalyse, son image et son public*, PUF, Paris.

MOSCOVICI S. (1989), *Les représentations sociales*, PUF, Paris.

MORVAN J.S. (1990), *Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations*, in *Représentations et Handicaps*, CTNERHI, Paris.

MORVAN J.S. et PAICHELER H. (1990), *Représentations et Handicaps : vers une clarification des concepts et des méthodes*, CTNERHI, PUF, Paris.

MUCCHIELLI R. (1981), *L'analyse de contenu des documents et communications*, Editions Sociales Françaises, 5ème Edition, Paris.

MUCCHIELLI R. (1996), *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*, Editions Sociales Françaises, 9ème Edition, Paris.

MURPHY R. (1987), *Vivre à corps perdu*, Plon, Paris.

NGAMBOU J. (1995), L'insertion socio-professionnelle des jeunes handicapés de Brazzaville : cas des handicapés auditifs, Mémoire pour le CAIJS, INJS, Brazzaville.

N'GABALA KIBELOLO J., L'enfant handicapé par déficience physique chez les KONGO : essai d'intégration en milieu ordinaire, Thèse de Doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris.

OMS (2002), Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé, CIF, in Revue Handicap, n° 94-95, CTNERHI, Paris.

ONDONGO J. (1985), Culture et handicap : un regard ethnopsychiatrique, In Cahiers du CTNERHI, n° 31, pp. 19 à 30.

PERRON R. (1990), Représentations et Handicaps, CTNERHI, PUF, Paris.

PIAGET J. (1968), La formation du symbole chez l'enfant, PUF, Paris.

PIERRON H. et al (1978), Vocabulaire de la psychologie, Bordas, Paris.

PORTALIER S. (1996), Recherches en Défectologie, approche épistémologique ; Actes du Colloque Perception Cognition Handicap, PCH, Université Lyon 2, LYON.

QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (1988), Manuel de recherche en sciences sociales, Bordas, Paris.

Rapport de la Réunion Internationale d'experts concernant la législation sur l'égalisation des opportunités pour les personnes handicapées, in Réadaptation, Supplément au n° 343, 1987.

Rapport PANAPH (1999), Décennie Africaine des Personnes Handicapées : 2000-2009, Cap Town.

Rapport sur la Situation sociale des personnes handicapées face à la dévaluation du franc CFA : contraintes, atouts et mesures d'accompagnement, Dossier particulier, Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, Février 1994, Brazzaville.

RAVAUD J.F. et al (1990), Représentation du handicap chez l'enfant et l'adolescent, in Représentations et Handicaps, CTNERHI, PUF, Paris.

RICHARD J.F. (1990, *Traité de Psychologie Cognitive n° 2*, Dunod, Paris.

ROUSSEL P. (1999), CIH1/CIH2 : Rénovation complète ou ravalement de surface ? in *Revue Handicap*, n° 81, CTNERHI, Paris, pp. 7-19.

SCHIELE B. et BELISLE C. (1976), *Les Représentations*, Editions Coopérative Albert Saint Martin, Canada.

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

SOLLEY C., MESSIK S.J. (1957), Probability, learning, the statistical structure of concepts and the measurement of meaning, *American Journal of Psychology*, pp. 161-173.

SPERANDO J.C. (1983), *L'Ergonomie du Travail Mental*, Masson, Paris.

TRUCHOT D. (1990), L'analyse de la représentation sociale des handicapés sociaux : proposition de méthode, in *Représentations et Handicaps*, CTNERHI, PUF, Paris, pp. 99-114.

UNHACO (1998), *Situation des personnes handicapées en République du Congo-Brazzaville, Rapport*, Brazzaville, Juin 1998.

VARELA F.J. (1989), *Connaître les sciences cognitives : tendances et perspectives*, Edition du Seuil, Paris.

VAUCLAIR J. (1987), *Représentation et intentionnalité*, Presses Universitaires de France, Paris.

LES ANNEXES

I - LA PRINCIPALE LOI SUR LES PERSONNES HANDICAPEES AU CONGO

**II – LES TABLEAUX DES RESULTATS DE L'ANALYSE DE VARIANCE
SELON :**

II.1. La Profession

II.2. L'Age

II.3. Le Sexe

II.4. Le Niveau d'Etudes

II.5. Le Contact avec les handicapés

I – LA PRINCIPALE LOI CONGOLAISE SUR LES PERSONNES HANDICAPEES :

CONSEIL SUPERIEUR DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE DU CONGO

Unité + Travail + Progrès

LOI N° 009/92 DU 22 AVRIL 1992
portant statut, protection et promotion
de la personne handicapée

**LE CONSEIL SUPERIEUR DE LA REPUBLIQUE A DELIBERE ET ADOPTE,
LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA
TENEUR SUIT :**

TITRE I : DES DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1. - Est considérée comme personne handicapée aux termes de la présente loi, toute personne frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou acquise, éprouvant des difficultés à accomplir des fonctions normales pour toute personne dite valide de même âge.

ARTICLE 2. - Dans le cas des incapacités latentes, le handicap est constaté par un médecin ou tout autre spécialiste en la matière assermenté, qui délivre gratuitement une attestation indiquant la nature et le taux de l'invalidité.

ARTICLE 3. - La prévention, le dépistage du handicap ainsi que les soins, le transport, l'éducation, la formation, l'orientation professionnelle, l'emploi, l'accès aux loisirs, aux sports adaptés et aux édifices publics des personnes handicapées constituent un devoir de l'Etat.

L'Etat, les familles, les personnes physiques ou morales conjuguent leurs efforts pour l'accomplissement du devoir de solidarité nationale. Ils assurent aux personnes handicapées, en tant que de besoin, l'accès aux institutions publiques ou privées

disponibles au sein de la communauté nationale ainsi que leur insertion et leur maintien dans un environnement humain de vie et de travail.

TITRE II : DES AIDES SPECIALES & AVANTAGES AUX PERSONNES HANDICAPEES

ARTICLE 4. - Au titre de la solidarité nationale, des avantages, des aides individuelles et/ou collectives sont accordés aux personnes handicapées.

ARTICLE 5. - Il est institué au profit des personnes handicapées :

- une carte d'invalidité
- un fonds d'aide et de soutien aux programmes de réadaptation
- une journée nationale.

ARTICLE 6. - Tout édifice public, toute aire de circulation, de stationnement, et tout moyen de transport public doivent être pourvus d'aménagements susceptibles d'en faciliter l'accès aux personnes handicapées.

ARTICLE 7. - Des avantages de tous genres (abattements, exonérations, pensions, exemptions, subventions) doivent être accordés aux personnes handicapées et à toute personne physique ou morale menant des activités en leur faveur, notamment dans les domaines suivants :

- Institutions spécialisées
- Formation professionnelle
- Insertion à l'emploi
- Protection sociale : santé, éducation, transport, loisirs
- Entreprises et établissements publics, ateliers divers employant des personnes handicapées.

**TITRE II : DES DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX ENFANTS, ELEVES
ET ETUDIANTS HANDICAPES**

ARTICLE 8. - Les enfants qui auront fait l'objet d'un dépistage et/ou d'un signalement de handicap doivent bénéficier d'une action médico-psycho-sociale en vue de prévenir ou de réduire son aggravation.

ARTICLE 9. - Les élèves et étudiants handicapés bénéficient d'un recul systématique de la limite d'âge réglementaire pour la scolarité, la participation aux examens et concours, l'octroi des bourses et l'intégration à la Fonction Publique.

ARTICLE 10. - L'Etat, les entreprises para-étatiques, les collectivités ont le devoir :

- d'intégrer les enfants, élèves et étudiants handicapés dans les différents établissements scolaires, universitaires et de formation professionnelle
- de créer des structures spécialisées pour leur éducation et veiller à leur fonctionnement.

TITRE III : DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DE L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

ARTICLE 11. - L'Etat, les entreprises étatiques, para-étatiques ou privées, les collectivités et artisans locaux doivent former, recruter, inciter à recruter les personnes handicapées pour leur permettre d'exercer un emploi.

ARTICLE 12. - Il devra être spécifié de manière expresse, dans les Statuts et Conventions, des dispositions particulières devant régir la vie professionnelle des personnes handicapées pour chaque type d'emploi.

TITRE IV : DES DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 13. - Des décrets fixeront les modalités d'application de la présente loi.

ARTICLE 14. - La présente loi sera enregistrée, publiée au Journal Officiel de la République du Congo et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Brazzaville, le 22 Avril 1992

Le Général d'Armée - Denis SASSOU-NGUESSO

**II – LES TABLEAUX DES RESULTATS DE L'ANALYSE DE
VARIANCE**

Résultats après le traitement par l'ANOVA :

Statistiques descriptives nom inales

	# Niveaux	Nombre	# Manquants	Mode
Profess	5	280	0	1
Age	4	280	0	2
Sexe	2	280	0	1
Études	6	280	0	3
Contact	3	280	0	1

Statistiques descriptives

	Moy.	Dév. Std	Erreur Std	Nombre	Minimum	Maximum	# Manquants
Ech1	2,004	1,109	,066	280	1,000	5,000	0
Ech2	2,239	,861	,051	280	1,000	5,000	0
Ech3	2,596	,727	,043	280	1,000	5,000	0
Ech4	2,025	,873	,052	280	1,000	5,000	0
Ech5	1,907	,820	,049	280	1,000	4,000	0
Ech6	1,982	,814	,049	280	1,000	5,000	0
Ech7	1,971	,911	,054	280	1,000	5,000	0
Ech8	1,832	,894	,053	280	1,000	5,000	0
Ech9	1,943	,982	,059	280	1,000	5,000	0
Ech10	1,921	,916	,055	280	1,000	5,000	0
Ech11	1,971	1,107	,066	280	1,000	5,000	0
Ech12	2,154	1,114	,067	280	1,000	5,000	0
Ech13	2,214	1,190	,071	280	1,000	5,000	0
Ech14	2,039	1,079	,064	280	1,000	5,000	0
Ech15	2,054	1,071	,064	280	1,000	5,000	0
Ech16	2,175	1,155	,069	280	1,000	5,000	0
Ech17	2,111	1,070	,064	280	1,000	5,000	0
Ech18	2,093	1,001	,060	280	1,000	5,000	0
Ech19	2,089	1,076	,064	280	1,000	5,000	0
Ech20	2,079	1,051	,063	280	1,000	5,000	0
Ech21	1,936	,890	,053	280	1,000	5,000	0
Ech22	2,125	,967	,058	280	1,000	5,000	0

Moyennes des échelles 1 à 22, en fonction des erreurs.

La succession des (0) dans la colonne « Manquants » signifie que toutes les variables et toutes les échelles ont été traitées sans la moindre omission.

VII.4.1. Résultats suivant la profession :

Les trois tableaux et le graphique de la page ci-dessous sont extraits des résultats de l'ANOVA. Ils présentent les Moyennes des 5 catégories professionnelles observées et leurs écarts.

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	69,050	17,262	17,329	<,0001	69,315	1,000
Résidu	275	273,947	,996				

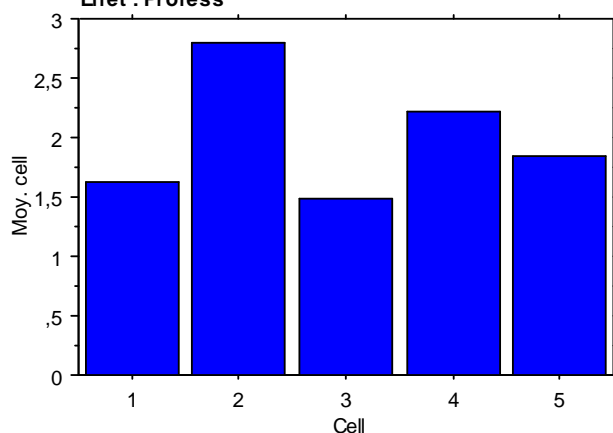
Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,622	,964	,106
2	66	2,803	1,070	,132
3	45	1,489	,661	,099
4	42	2,214	1,116	,172
5	45	1,844	1,107	,165

Graphique des interactions pour Ech1

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-1,181	,325	<,0001	S
1, 3	,133	,365	,4730	
1, 4	-,592	,373	,0020	S
1, 5	-,222	,365	,2306	
2, 3	1,314	,380	<,0001	S
2, 4	,589	,388	,0031	S
2, 5	,959	,380	<,0001	S
3, 4	-,725	,422	,0008	S
3, 5	-,356	,414	,0922	
4, 5	,370	,422	,0853	

Tableau ANOVA pour Ech3

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	7,136	1,784	3,498	,0083	13,992	,867
Résidu	275	140,260	,510				

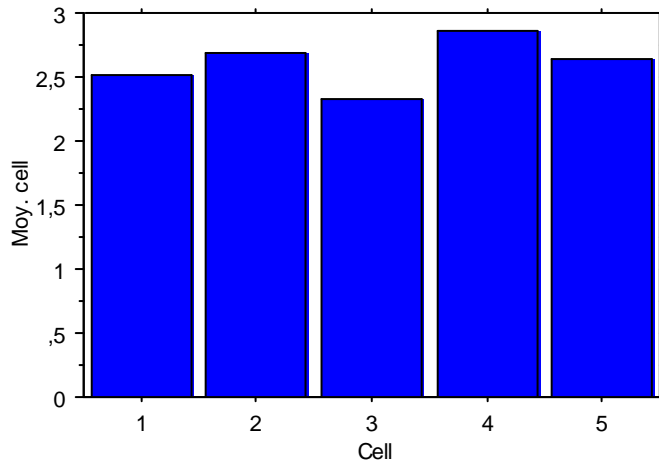
Tableau de moyennes pour Ech3

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	2,512	,789	,087
2	66	2,682	,660	,081
3	45	2,333	,769	,115
4	42	2,857	,718	,111
5	45	2,644	,570	,085

Graphique des interactions pour Ech3

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech3

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,170	,232	,1521	
1, 3	,179	,261	,1781	
1, 4	-,345	,267	,0115	S
1, 5	-,132	,261	,3191	
2, 3	,348	,272	,0122	S
2, 4	-,175	,278	,2147	
2, 5	,037	,272	,7868	
3, 4	-,524	,302	,0007	S
3, 5	-,311	,296	,0397	S
4, 5	,213	,302	,1662	

Tableau ANOVA pour Ech4

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	16,475	4,119	5,768	,0002	23,074	,987
Résidu	275	196,350	,714				

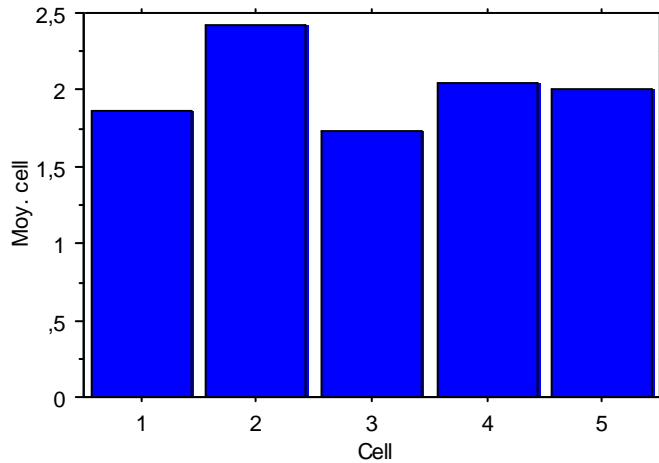
Tableau de moyennes pour Ech4

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,866	,857	,095
2	66	2,424	,912	,112
3	45	1,733	,720	,107
4	42	2,048	,882	,136
5	45	2,000	,798	,119

Graphique des interactions pour Ech4

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech4

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,558	,275	<,0001	S
1, 3	,133	,309	,3986	
1, 4	-,182	,316	,2579	
1, 5	-,134	,309	,3929	
2, 3	,691	,322	<,0001	S
2, 4	,377	,328	,0247	S
2, 5	,424	,322	,0099	S
3, 4	-,314	,357	,0841	
3, 5	-,267	,351	,1356	
4, 5	,048	,357	,7930	

Tableau ANOVA pour Ech5

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	8,154	2,039	3,124	,0155	12,497	,817
Résidu	275	179,432	,652				

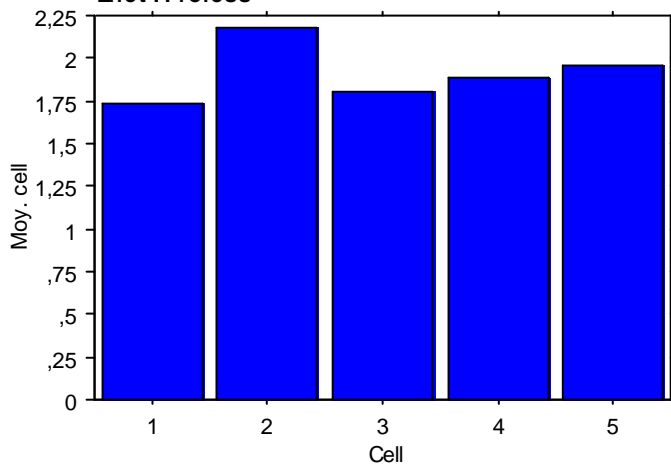
Tableau de moyennes pour Ech5

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,732	,686	,076
2	66	2,182	,943	,116
3	45	1,800	,694	,103
4	42	1,881	,861	,133
5	45	1,956	,852	,127

Graphique des interactions pour Ech5

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech5

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

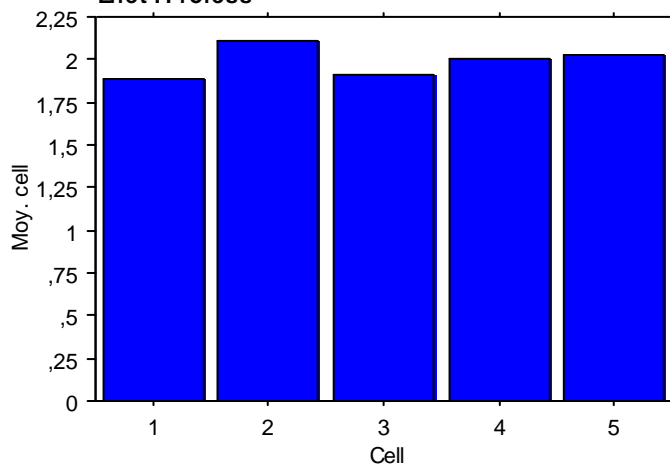
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,450	,263	,0009	S
1, 3	-,068	,295	,6489	
1, 4	-,149	,302	,3310	
1, 5	-,224	,295	,1364	
2, 3	,382	,307	,0151	S
2, 4	,301	,314	,0602	
2, 5	,226	,307	,1485	
3, 4	-,081	,341	,6408	
3, 5	-,156	,335	,3618	
4, 5	-,075	,341	,6672	

Tableau ANOVA pour Ech6

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	2,019	,505	,759	,5529	3,035	,238
Résidu	275	182,892	,665				

Tableau de moyennes pour Ech6**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,890	,846	,093
2	66	2,106	,747	,092
3	45	1,911	,821	,122
4	42	2,000	,826	,128
5	45	2,022	,839	,125

Graphique des interactions pour Ech6**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech6****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

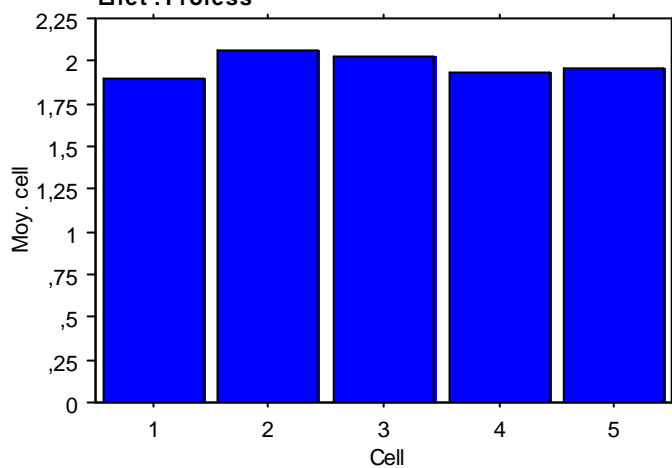
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,216	,265	,1107
1, 3	-,021	,298	,8904
1, 4	-,110	,305	,4788
1, 5	-,132	,298	,3838
2, 3	,195	,310	,2173
2, 4	,106	,317	,5105
2, 5	,084	,310	,5953
3, 4	-,089	,344	,6118
3, 5	-,111	,338	,5186
4, 5	-,022	,344	,8990

Tableau ANOVA pour Ech7

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	1,120	,280	,334	,8551	1,335	,124
Résidu	275	230,652	,839				

Tableau de moyennes pour Ech7**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,902	,811	,090
2	66	2,061	,975	,120
3	45	2,022	,965	,144
4	42	1,929	1,022	,158
5	45	1,956	,852	,127

Graphique des interactions pour Ech7**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech7****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

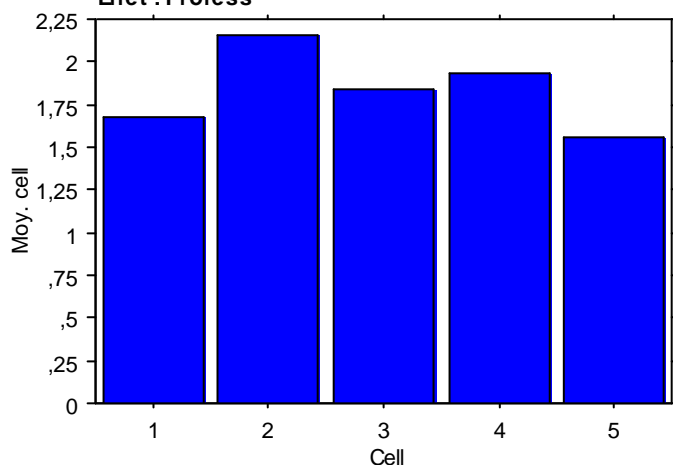
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,158	,298	,2972
1, 3	-,120	,334	,4814
1, 4	-,026	,342	,8806
1, 5	-,053	,334	,7548
2, 3	,038	,349	,8285
2, 4	,132	,356	,4658
2, 5	,105	,349	,5534
3, 4	,094	,387	,6340
3, 5	,067	,380	,7301
4, 5	-,027	,387	,8909

Tableau ANOVA pour Ech8

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	12,708	3,177	4,152	,0028	16,610	,927
Résidu	275	210,403	,765				

Tableau de moyennes pour Ech8**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,671	,721	,080
2	66	2,152	,980	,121
3	45	1,844	,878	,131
4	42	1,929	1,135	,175
5	45	1,556	,659	,098

Graphique des interactions pour Ech8**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech8****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

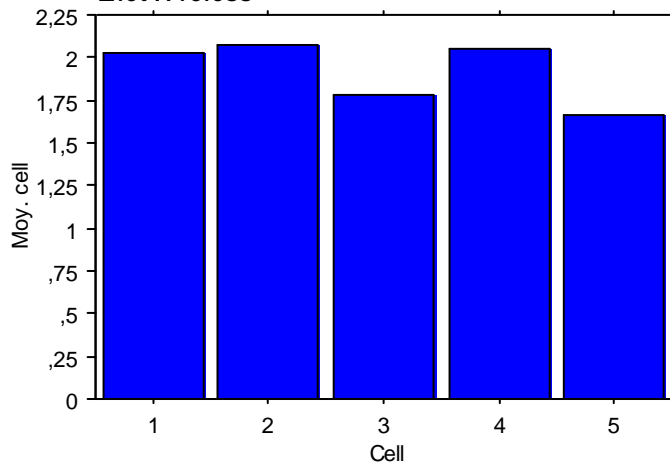
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,481	,285	,0010	S
1, 3	-,174	,319	,2853	
1, 4	-,258	,327	,1215	
1, 5	,115	,319	,4785	
2, 3	,307	,333	,0705	
2, 4	,223	,340	,1977	
2, 5	,596	,333	,0005	S
3, 4	-,084	,369	,6543	
3, 5	,289	,363	,1184	
4, 5	,373	,369	,0478	S

Tableau ANOVA pour Ech9

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	6,831	1,708	1,791	,1309	7,163	,535
Résidu	275	262,255	,954				

Tableau de moyennes pour Ech9**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	2,024	,968	,107
2	66	2,076	1,057	,130
3	45	1,778	,850	,127
4	42	2,048	1,081	,167
5	45	1,667	,879	,131

Graphique des interactions pour Ech9**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech9****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

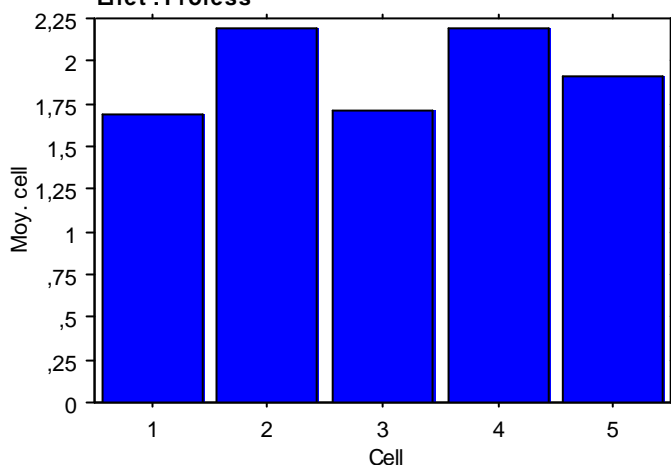
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,051	,318	,7507	
1, 3	,247	,357	,1746	
1, 4	-,023	,365	,9003	
1, 5	,358	,357	,0493	S
2, 3	,298	,372	,1156	
2, 4	,028	,379	,8840	
2, 5	,409	,372	,0311	S
3, 4	-,270	,412	,1989	
3, 5	,111	,405	,5898	
4, 5	,381	,412	,0701	

Tableau ANOVA pour Ech10

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	14,711	3,678	4,606	,0013	18,425	,954
Résidu	275	219,561	,798				

Tableau de moyennes pour Ech10**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,683	,752	,083
2	66	2,197	,980	,121
3	45	1,711	,695	,104
4	42	2,190	1,131	,175
5	45	1,911	,925	,138

Graphique des interactions pour Ech10**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech10****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,514	,291	,0006	S
1, 3	-,028	,326	,8651	
1, 4	-,508	,334	,0030	S
1, 5	-,228	,326	,1698	
2, 3	,486	,340	,0053	S
2, 4	,006	,347	,9707	
2, 5	,286	,340	,0991	
3, 4	-,479	,377	,0130	S
3, 5	-,200	,371	,2893	
4, 5	,279	,377	,1462	

Tableau ANOVA pour Ech11

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	38,152	9,538	8,639	<,0001	34,556	1,000
Résidu	275	303,619	1,104				

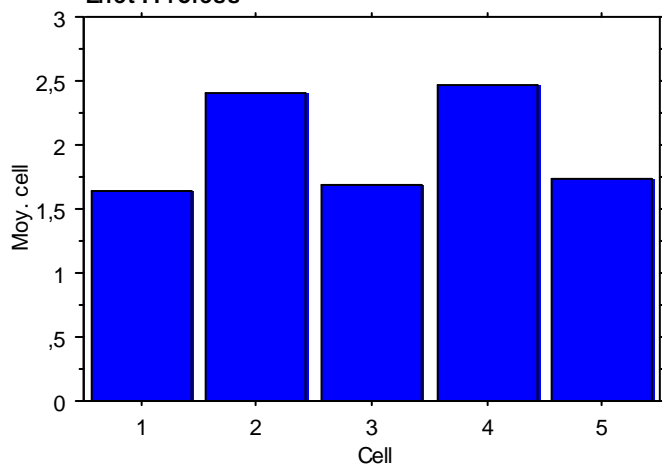
Tableau de moyennes pour Ech11

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,646	,674	,074
2	66	2,409	1,289	,159
3	45	1,689	,973	,145
4	42	2,476	1,383	,213
5	45	1,733	,939	,140

Graphique des interactions pour Ech11

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech11

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

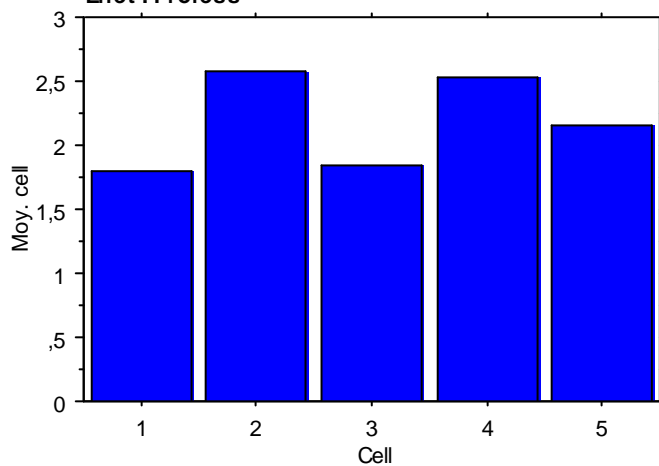
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,763	,342	<,0001	S
1, 3	-,043	,384	,8274	
1, 4	-,830	,393	<,0001	S
1, 5	-,087	,384	,6558	
2, 3	,720	,400	,0005	S
2, 4	-,067	,408	,7465	
2, 5	,676	,400	,0010	S
3, 4	-,787	,444	,0006	S
3, 5	-,044	,436	,8411	
4, 5	,743	,444	,0011	S

Tableau ANOVA pour Ech12

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	32,501	8,125	7,118	<,0001	28,474	,998
Résidu	275	313,895	1,141				

Tableau de moyennes pour Ech12**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,793	,813	,090
2	66	2,576	1,313	,162
3	45	1,844	,824	,123
4	42	2,524	1,311	,202
5	45	2,156	1,043	,156

Graphique des interactions pour Ech12**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech12****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

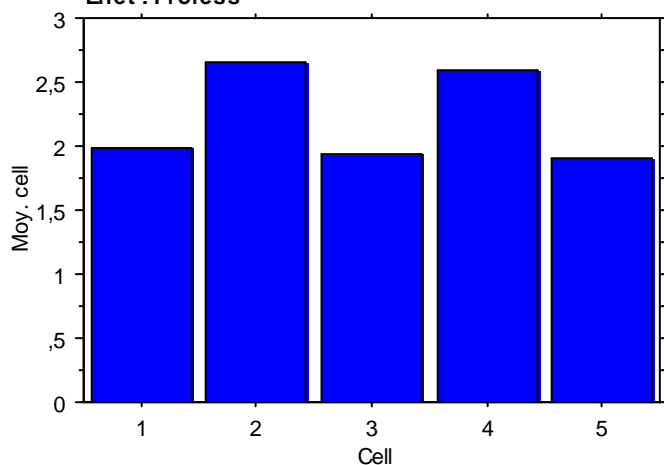
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,783	,348	<,0001	S
1, 3	-,052	,390	,7942	
1, 4	-,731	,399	,0004	S
1, 5	-,363	,390	,0682	
2, 3	,731	,407	,0005	S
2, 4	,052	,415	,8056	
2, 5	,420	,407	,0429	S
3, 4	-,679	,451	,0033	S
3, 5	-,311	,443	,1683	
4, 5	,368	,451	,1093	

Tableau ANOVA pour Ech13

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	30,607	7,652	5,772	,0002	23,089	,987
Résidu	275	364,536	1,326				

Tableau de moyennes pour Ech13**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,988	1,012	,112
2	66	2,652	1,246	,153
3	45	1,933	1,031	,154
4	42	2,595	1,415	,218
5	45	1,911	1,083	,162

Graphique des interactions pour Ech13**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech13****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

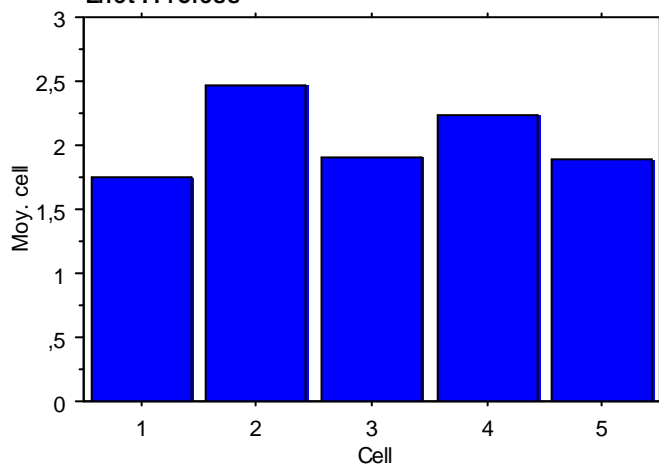
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,664	,375	,0006	S
1, 3	,054	,420	,7989	
1, 4	-,607	,430	,0058	S
1, 5	,077	,420	,7198	
2, 3	,718	,438	,0014	S
2, 4	,056	,447	,8046	
2, 5	,740	,438	,0010	S
3, 4	-,662	,486	,0078	S
3, 5	,022	,478	,9271	
4, 5	,684	,486	,0060	S

Tableau ANOVA pour Ech14

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	22,799	5,700	5,194	,0005	20,776	,975
Résidu	275	301,769	1,097				

Tableau de moyennes pour Ech14**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,744	,900	,099
2	66	2,470	1,338	,165
3	45	1,911	,874	,130
4	42	2,238	1,206	,186
5	45	1,889	,775	,116

Graphique des interactions pour Ech14
Effet : Profess**Test PLSD de Fisher pour Ech14****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

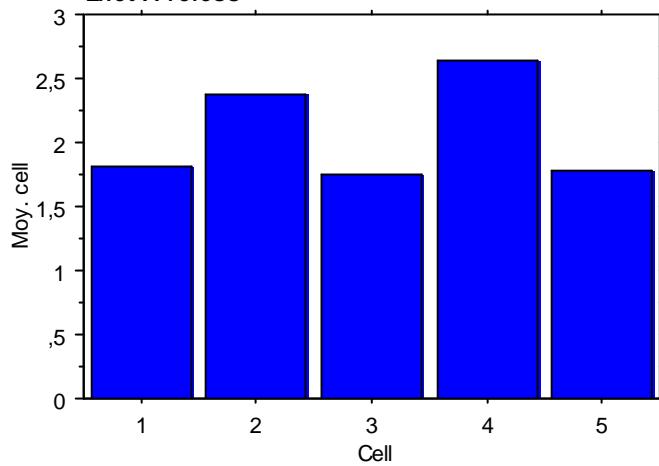
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,726	,341	<,0001	S
1, 3	-,167	,383	,3903	
1, 4	-,494	,391	,0135	S
1, 5	-,145	,383	,4563	
2, 3	,559	,399	,0062	S
2, 4	,232	,407	,2636	
2, 5	,581	,399	,0045	S
3, 4	-,327	,442	,1468	
3, 5	,022	,435	,9199	
4, 5	,349	,442	,1214	

Tableau ANOVA pour Ech15

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	34,056	8,514	8,183	<,0001	32,730	,999
Résidu	275	286,140	1,041				

Tableau de moyennes pour Ech15**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,805	,853	,094
2	66	2,379	1,200	,148
3	45	1,756	,743	,111
4	42	2,643	1,322	,204
5	45	1,778	,927	,138

Graphique des interactions pour Ech15**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech15****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,574	,332	,0008	S
1, 3	,049	,373	,7946	
1, 4	-,838	,381	<,0001	S
1, 5	,027	,373	,8862	
2, 3	,623	,388	,0018	S
2, 4	-,264	,396	,1908	
2, 5	,601	,388	,0025	S
3, 4	-,887	,431	<,0001	S
3, 5	-,022	,423	,9178	
4, 5	,865	,431	<,0001	S

Tableau ANOVA pour Ech16

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	32,321	8,080	6,533	<,0001	26,134	,995
Résidu	275	340,104	1,237				

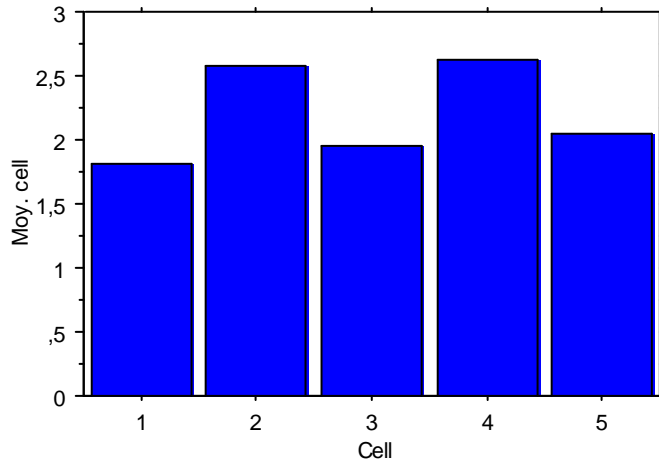
Tableau de moyennes pour Ech16

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,817	,891	,098
2	66	2,576	1,393	,171
3	45	1,956	,878	,131
4	42	2,619	1,396	,215
5	45	2,044	,903	,135

Graphique des interactions pour Ech16

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech16

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

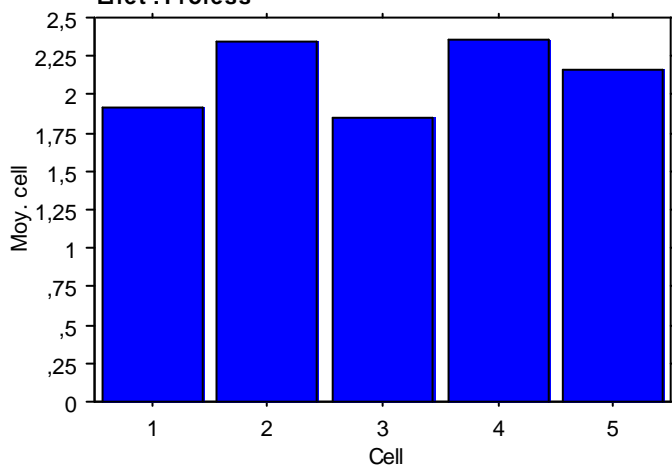
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,759	,362	<,0001	S
1, 3	-,138	,406	,5026	
1, 4	-,802	,415	,0002	S
1, 5	-,227	,406	,2714	
2, 3	,620	,423	,0042	S
2, 4	-,043	,432	,8438	
2, 5	,531	,423	,0141	S
3, 4	-,663	,470	,0058	S
3, 5	-,089	,462	,7049	
4, 5	,575	,470	,0167	S

Tableau ANOVA pour Ech17

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	12,715	3,179	2,849	,0243	11,396	,773
Résidu	275	306,852	1,116				

Tableau de moyennes pour Ech17**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,915	,892	,098
2	66	2,348	1,307	,161
3	45	1,844	,852	,127
4	42	2,357	1,206	,186
5	45	2,156	,952	,142

Graphique des interactions pour Ech17**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech17****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,434	,344	,0136	S
1, 3	,070	,386	,7205	
1, 4	-,443	,395	,0281	S
1, 5	-,241	,386	,2200	
2, 3	,504	,402	,0142	S
2, 4	-,009	,410	,9669	
2, 5	,193	,402	,3456	
3, 4	-,513	,446	,0245	S
3, 5	-,311	,438	,1635	
4, 5	,202	,446	,3745	

Tableau ANOVA pour Ech18

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	12,920	3,230	3,331	,0110	13,323	,846
Résidu	275	266,666	,970				

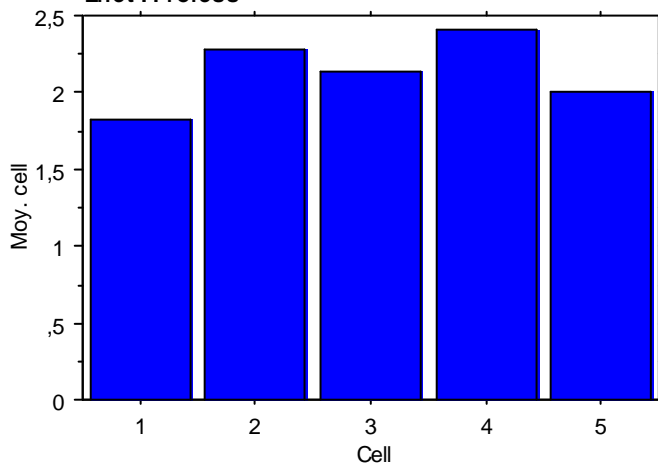
Tableau de moyennes pour Ech18

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,817	,772	,085
2	66	2,273	1,158	,142
3	45	2,133	1,014	,151
4	42	2,405	1,149	,177
5	45	2,000	,853	,127

Graphique des interactions pour Ech18

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech18

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

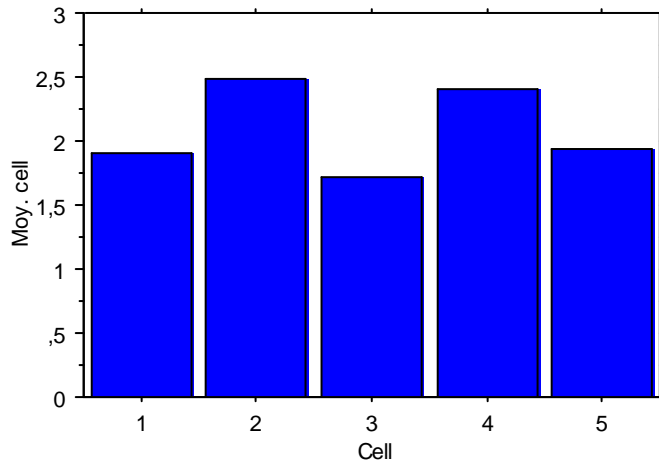
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,456	,321	,0055	S
1, 3	-,316	,360	,0845	
1, 4	-,588	,368	,0018	S
1, 5	-,183	,360	,3176	
2, 3	,139	,375	,4647	
2, 4	-,132	,383	,4975	
2, 5	,273	,375	,1531	
3, 4	-,271	,416	,2000	
3, 5	,133	,409	,5212	
4, 5	,405	,416	,0564	

Tableau ANOVA pour Ech19

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	24,900	6,225	5,747	,0002	22,988	,987
Résidu	275	297,868	1,083				

Tableau de moyennes pour Ech19**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,902	,924	,102
2	66	2,485	1,206	,148
3	45	1,711	,815	,122
4	42	2,405	1,211	,187
5	45	1,933	1,009	,150

Graphique des interactions pour Ech19**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech19****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,582	,339	,0008	S
1, 3	,191	,380	,3226	
1, 4	-,502	,389	,0115	S
1, 5	-,031	,380	,8730	
2, 3	,774	,396	,0001	S
2, 4	,080	,404	,6969	
2, 5	,552	,396	,0065	S
3, 4	-,694	,440	,0021	S
3, 5	-,222	,432	,3120	
4, 5	,471	,440	,0357	S

Tableau ANOVA pour Ech20

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	9,048	2,262	2,079	,0838	8,316	,610
Résidu	275	299,223	1,088				

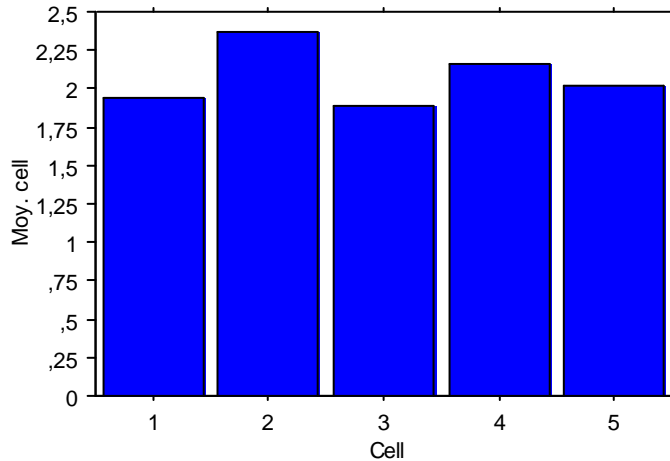
Tableau de moyennes pour Ech20

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,939	,960	,106
2	66	2,364	1,145	,141
3	45	1,889	,935	,139
4	42	2,167	1,124	,173
5	45	2,022	1,055	,157

Graphique des interactions pour Ech20

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech20

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,425	,340	,0144	S
1, 3	,050	,381	,7958	
1, 4	-,228	,390	,2511	
1, 5	-,083	,381	,6676	
2, 3	,475	,397	,0193	S
2, 4	,197	,405	,3396	
2, 5	,341	,397	,0916	
3, 4	-,278	,441	,2156	
3, 5	-,133	,433	,5448	
4, 5	,144	,441	,5192	

Tableau ANOVA pour Ech21

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	9,334	2,333	3,034	,0180	12,136	,804
Résidu	275	211,509	,769				

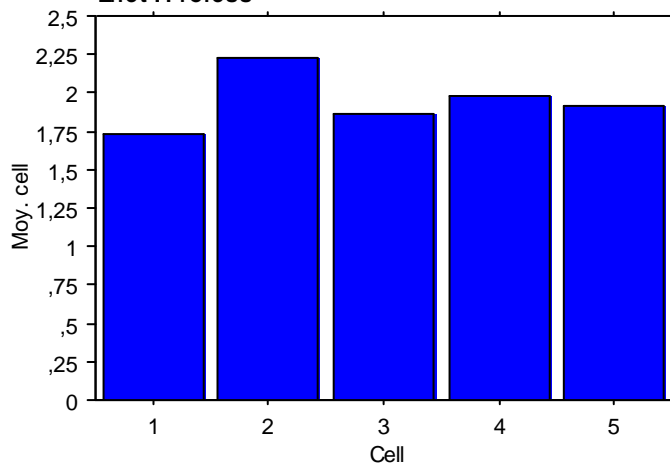
Tableau de moyennes pour Ech21

Effet : Profess

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,732	,738	,081
2	66	2,227	1,134	,140
3	45	1,867	,625	,093
4	42	1,976	,897	,138
5	45	1,911	,874	,130

Graphique des interactions pour Ech21

Effet : Profess



Test PLSD de Fisher pour Ech21

Effet : Profess

Niveau de significativité : 5 %

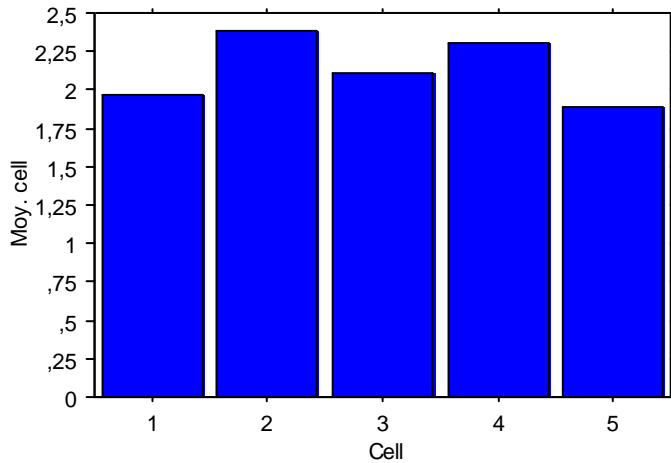
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,496	,286	,0007	S
1, 3	-,135	,320	,4075	
1, 4	-,244	,328	,1429	
1, 5	-,179	,320	,2711	
2, 3	,361	,334	,0343	S
2, 4	,251	,341	,1481	
2, 5	,316	,334	,0633	
3, 4	-,110	,370	,5610	
3, 5	-,044	,364	,8102	
4, 5	,065	,370	,7297	

Tableau ANOVA pour Ech22

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Profess	4	10,339	2,585	2,840	,0247	11,360	,771
Résidu	275	250,286	,910				

Tableau de moyennes pour Ech22**Effet : Profess**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	82	1,963	,744	,082
2	66	2,379	1,212	,149
3	45	2,111	,885	,132
4	42	2,310	1,024	,158
5	45	1,889	,859	,128

Graphique des interactions pour Ech22**Effet : Profess****Test PLSD de Fisher pour Ech22****Effet : Profess****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,415	,311	,0089	S
1, 3	-,148	,348	,4047	
1, 4	-,346	,356	,0569	
1, 5	,075	,348	,6740	
2, 3	,268	,363	,1478	
2, 4	,069	,371	,7133	
2, 5	,490	,363	,0084	S
3, 4	-,198	,403	,3332	
3, 5	,222	,396	,2702	
4, 5	,421	,403	,0408	S

VII.4.2. Résultats pour la variable Age :

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	27,315	9,105	7,960	<,0001	23,881	,995
Résidu	276	315,682	1,144				

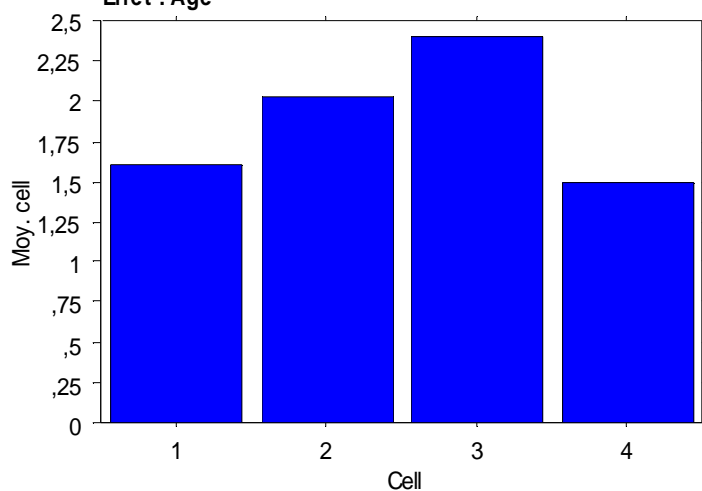
Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,607	,918	,118
2	119	2,025	1,131	,104
3	80	2,400	1,176	,131
4	20	1,500	,513	,115

Graphique des interactions pour Ech1

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,419	,332	,0135	S
1, 3	-,793	,358	<,0001	S
1, 4	,107	,542	,6993	
2, 3	-,375	,304	,0160	S
2, 4	,525	,509	,0431	S
3, 4	,900	,526	,0009	S

Tableau ANOVA pour Ech2

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	15,311	5,104	7,350	<,0001	22,049	,990
Résidu	276	191,657	,694				

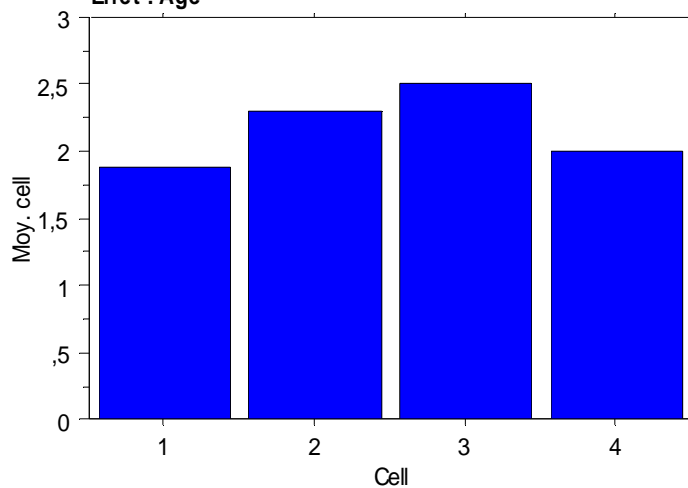
Tableau de moyennes pour Ech2

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,869	,718	,092
2	119	2,294	,924	,085
3	80	2,500	,796	,089
4	20	2,000	,725	,162

Graphique des interactions pour Ech2

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech2

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,425	,258	,0013	S
1, 3	-,631	,279	<,0001	S
1, 4	-,131	,423	,5418	
2, 3	-,206	,237	,0886	
2, 4	,294	,396	,1453	
3, 4	,500	,410	,0171	S

Tableau ANOVA pour Ech3

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	4,262	1,421	2,739	,0437	8,218	,656
Résidu	276	143,135	,519				

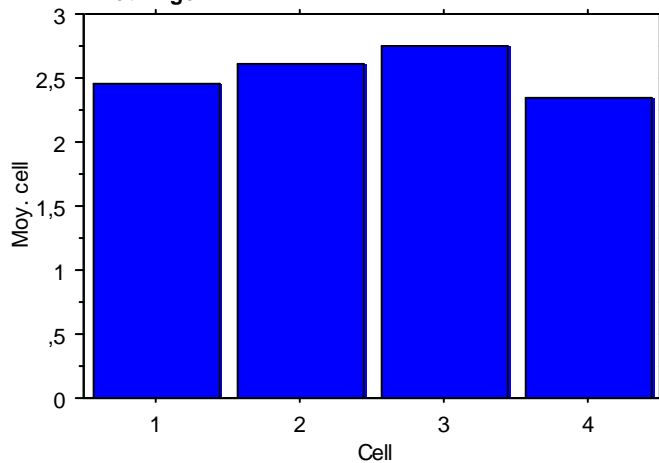
Tableau de moyennes pour Ech3

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	2,459	,828	,106
2	119	2,605	,641	,059
3	80	2,750	,720	,081
4	20	2,350	,813	,182

Graphique des interactions pour Ech3

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech3**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,146	,223	,1989	
1, 3	-,291	,241	,0181	S
1, 4	,109	,365	,5573	
2, 3	-,145	,205	,1650	
2, 4	,255	,343	,1439	
3, 4	,400	,354	,0271	S

Tableau ANOVA pour Ech4

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	4,173	1,391	1,840	,1401	5,520	,465
Résidu	276	208,652	,756				

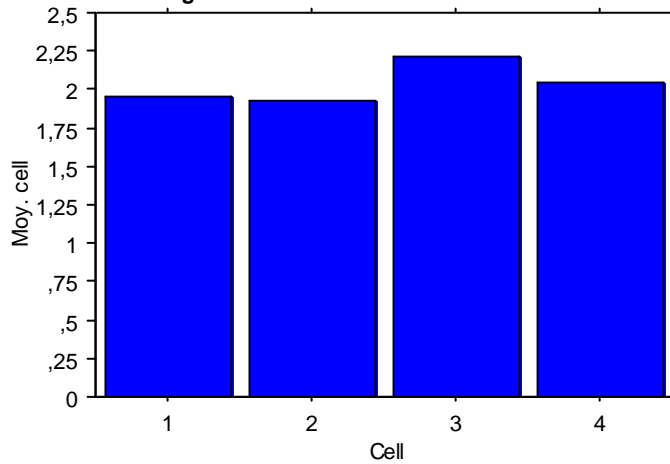
Tableau de moyennes pour Ech4

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,951	,921	,118
2	119	1,933	,767	,070
3	80	2,212	,951	,106
4	20	2,050	,945	,211

Graphique des interactions pour Ech4

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech4**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,018	,270	,8952	
1, 3	-,262	,291	,0777	
1, 4	-,099	,441	,6583	
2, 3	-,280	,247	,0269	S
2, 4	-,117	,414	,5774	
3, 4	,163	,428	,4554	

Tableau ANOVA pour Ech5

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	2,023	,674	1,003	,3919	3,009	,264
Résidu	276	185,563	,672				

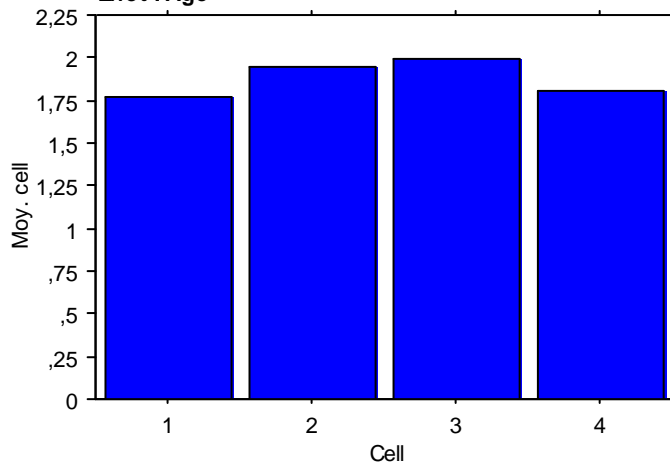
Tableau de moyennes pour Ech5

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,770	,716	,092
2	119	1,941	,826	,076
3	80	1,988	,864	,097
4	20	1,800	,894	,200

Graphique des interactions pour Ech5

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech5

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,171	,254	,1873
1, 3	-,217	,274	,1206
1, 4	-,030	,416	,8890
2, 3	-,046	,233	,6963
2, 4	,141	,390	,4768
3, 4	,188	,404	,3612

Tableau ANOVA pour Ech6

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	1,436	,479	,720	,5409	2,159	,198
Résidu	276	183,475	,665				

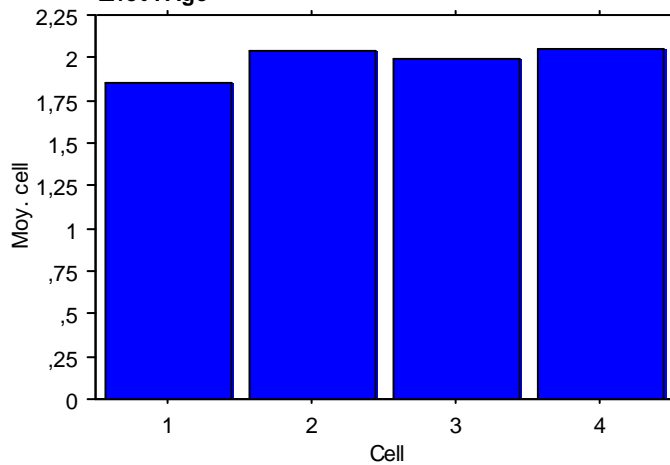
Tableau de moyennes pour Ech6

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,852	,853	,109
2	119	2,034	,780	,072
3	80	1,988	,819	,092
4	20	2,050	,887	,198

Graphique des interactions pour Ech6

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech6**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

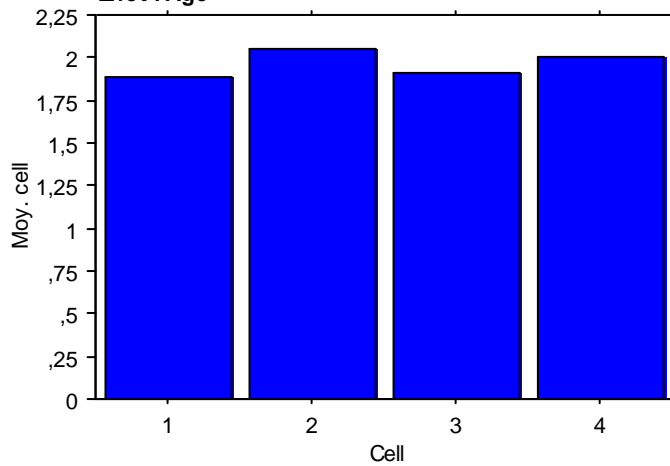
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,181	,253	,1594
1, 3	-,135	,273	,3307
1, 4	-,198	,414	,3479
2, 3	,046	,232	,6960
2, 4	-,016	,388	,9338
3, 4	-,062	,401	,7594

Tableau ANOVA pour Ech7

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	1,490	,497	,595	,6187	1,785	,169
Résidu	276	230,282	,834				

Tableau de moyennes pour Ech7**Effet : Age**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,885	,819	,105
2	119	2,050	,919	,084
3	80	1,913	,996	,111
4	20	2,000	,795	,178

Graphique des interactions pour Ech7**Effet : Age****Test PLSD de Fisher pour Ech7****Effet : Age****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,165	,283	,2518
1, 3	-,027	,306	,8608
1, 4	-,115	,463	,6262
2, 3	,138	,260	,2972
2, 4	,050	,435	,8195
3, 4	-,087	,450	,7019

Tableau ANOVA pour Ech8

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	5,886	1,962	2,493	,0604	7,479	,608
Résidu	276	217,225	,787				

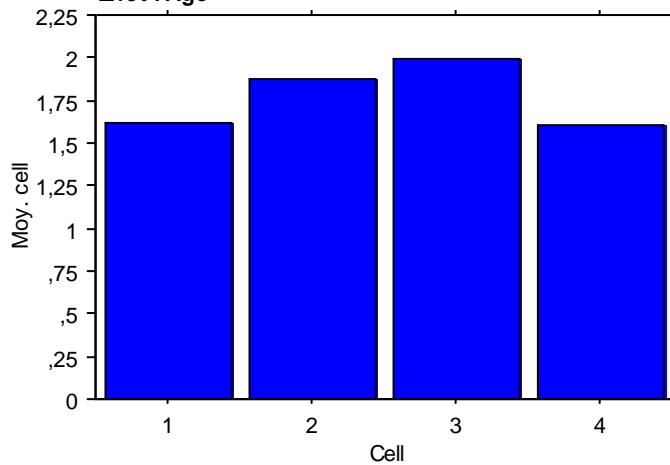
Tableau de moyennes pour Ech8

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,623	,756	,097
2	119	1,874	,849	,078
3	80	1,988	1,037	,116
4	20	1,600	,821	,184

Graphique des interactions pour Ech8

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech8

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,251	,275	,0735
1, 3	-,365	,297	,0163
1, 4	,023	,450	,9201
2, 3	-,114	,253	,3768
2, 4	,274	,422	,2024
3, 4	,387	,437	,0817

S

Tableau ANOVA pour Ech9

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	1,917	,639	,660	,5773	1,980	,184
Résidu	276	267,169	,968				

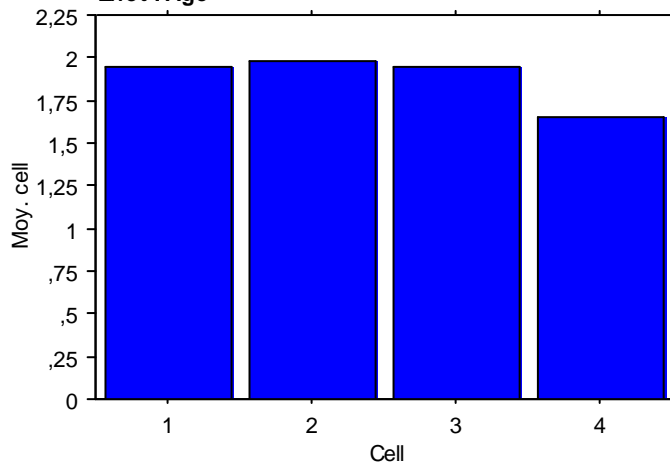
Tableau de moyennes pour Ech9

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,951	,973	,125
2	119	1,983	,902	,083
3	80	1,950	1,124	,126
4	20	1,650	,875	,196

Graphique des interactions pour Ech9

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech9**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,032	,305	,8346
1, 3	,001	,329	,9961
1, 4	,301	,499	,2364
2, 3	,033	,280	,8157
2, 4	,333	,468	,1622
3, 4	,300	,484	,2236

Tableau ANOVA pour Ech10

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	10,096	3,365	4,143	,0068	12,430	,857
Résidu	276	224,175	,812				

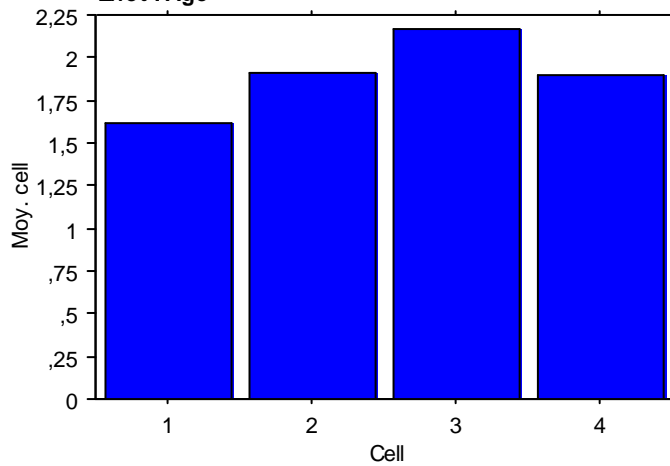
Tableau de moyennes pour Ech10

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,623	,778	,100
2	119	1,916	,917	,084
3	80	2,163	,999	,112
4	20	1,900	,718	,161

Graphique des interactions pour Ech10

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech10**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,293	,279	,0399	S
1, 3	-,540	,302	,0005	S
1, 4	-,277	,457	,2339	
2, 3	-,247	,257	,0595	
2, 4	,016	,429	,9416	
3, 4	,263	,444	,2450	

Tableau ANOVA pour Ech11

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	14,094	4,698	3,957	,0087	11,871	,837
Résidu	276	327,677	1,187				

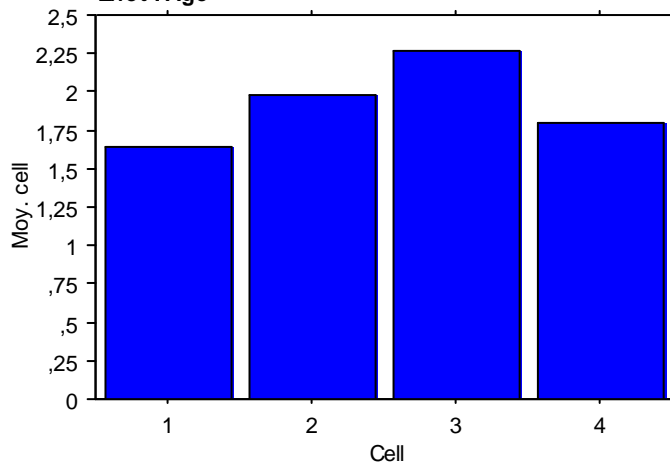
Tableau de moyennes pour Ech11

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,639	,659	,084
2	119	1,975	1,116	,102
3	80	2,263	1,300	,145
4	20	1,800	1,056	,236

Graphique des interactions pour Ech11

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech11

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,335	,338	,0516
1, 3	-,623	,365	,0009
1, 4	-,161	,553	,5676
2, 3	-,288	,310	,0689
2, 4	,175	,518	,5074
3, 4	,463	,536	,0907

S

Tableau ANOVA pour Ech12

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	20,550	6,850	5,802	,0007	17,407	,960
Résidu	276	325,846	1,181				

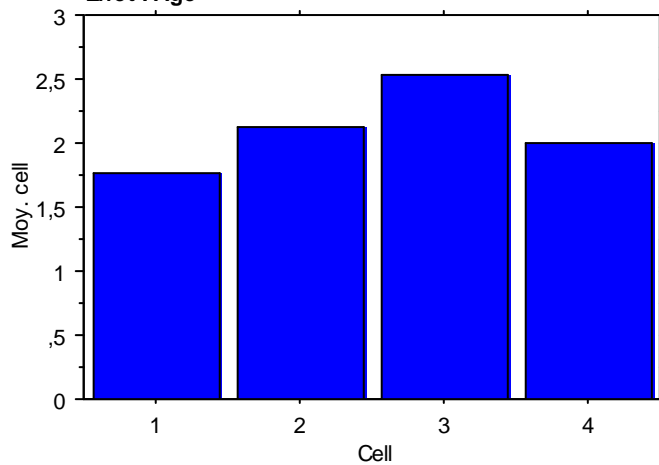
Tableau de moyennes pour Ech12

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,770	,902	,115
2	119	2,126	1,101	,101
3	80	2,525	1,222	,137
4	20	2,000	,918	,205

Graphique des interactions pour Ech12

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech12

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,356	,337	,0386	S
1, 3	-,755	,364	<,0001	S
1, 4	-,230	,551	,4131	
2, 3	-,399	,309	,0116	S
2, 4	,126	,517	,6316	
3, 4	,525	,535	,0543	

Tableau ANOVA pour Ech13

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	9,568	3,189	2,283	,0793	6,849	,564
Résidu	276	385,575	1,397				

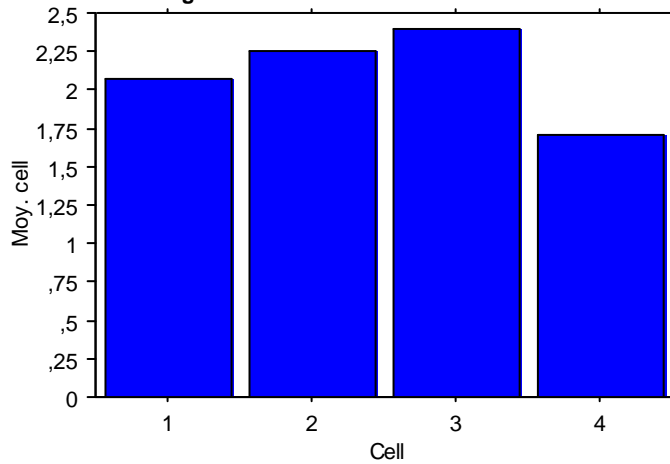
Tableau de moyennes pour Ech13

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	2,066	1,093	,140
2	119	2,252	1,137	,104
3	80	2,400	1,346	,151
4	20	1,700	,979	,219

Graphique des interactions pour Ech13

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech13

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,187	,366	,3171
1, 3	-,334	,396	,0971
1, 4	,366	,600	,2310
2, 3	-,148	,336	,3875
2, 4	,552	,562	,0543
3, 4	,700	,582	,0185

S

Tableau ANOVA pour Ech14

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	9,597	3,199	2,803	,0402	8,410	,668
Résidu	276	314,971	1,141				

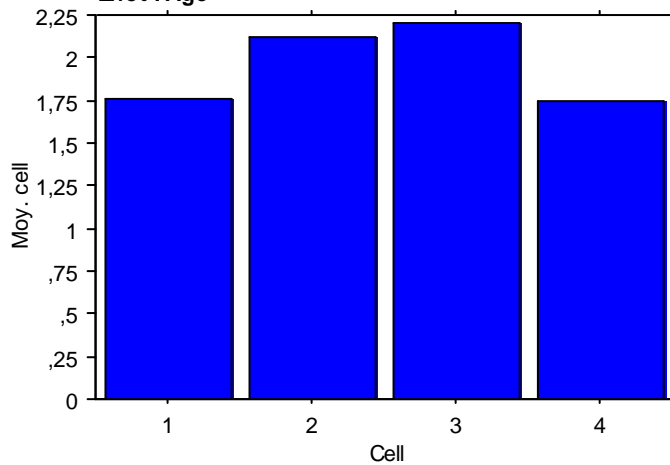
Tableau de moyennes pour Ech14

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,754	,943	,121
2	119	2,126	,988	,091
3	80	2,200	1,316	,147
4	20	1,750	,716	,160

Graphique des interactions pour Ech14

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech14**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,372	,331	,0278	S
1, 3	-,446	,357	,0147	S
1, 4	,004	,542	,9881	
2, 3	-,074	,304	,6325	
2, 4	,376	,508	,1464	
3, 4	,450	,526	,0931	

Tableau ANOVA pour Ech15

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	11,565	3,855	3,448	,0172	10,343	,773
Résidu	276	308,631	1,118				

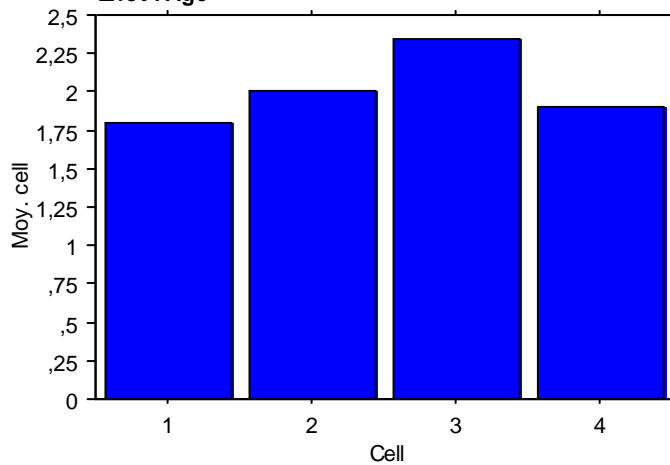
Tableau de moyennes pour Ech15

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,803	,771	,099
2	119	2,008	1,108	,102
3	80	2,350	1,202	,134
4	20	1,900	,852	,191

Graphique des interactions pour Ech15

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech15**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,205	,328	,2191	
1, 3	-,547	,354	,0026	S
1, 4	-,097	,536	,7229	
2, 3	-,342	,301	,0263	S
2, 4	,108	,503	,6718	
3, 4	,450	,520	,0898	

Tableau ANOVA pour Ech16

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	15,177	5,059	3,908	,0093	11,725	,832
Résidu	276	357,248	1,294				

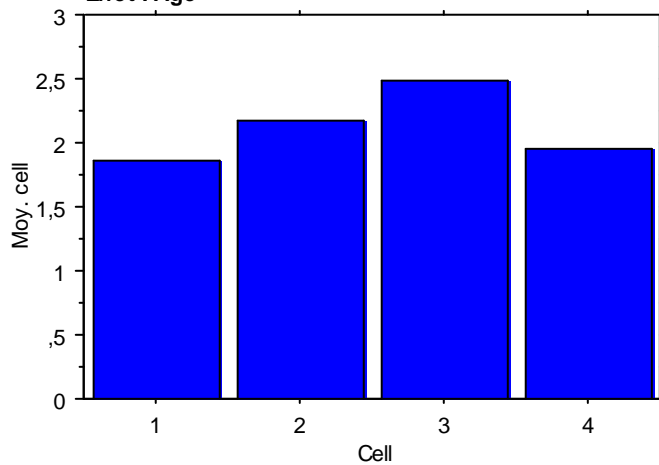
Tableau de moyennes pour Ech16

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,852	,980	,126
2	119	2,168	1,068	,098
3	80	2,487	1,378	,154
4	20	1,950	,887	,198

Graphique des interactions pour Ech16

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech16**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

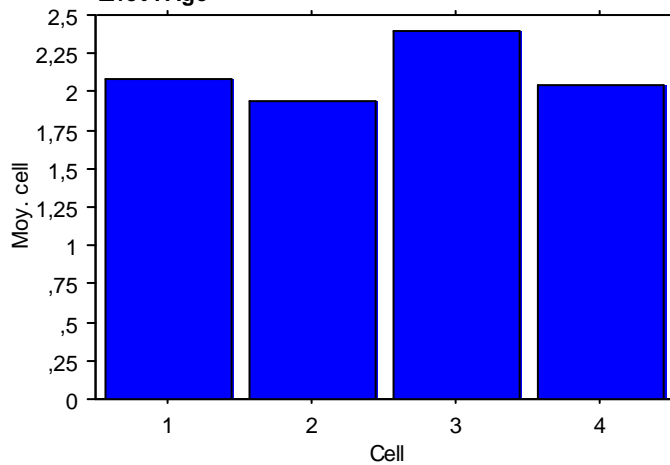
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,316	,353	,0792	S
1, 3	-,635	,381	,0012	
1, 4	-,098	,577	,7396	
2, 3	-,319	,324	,0532	
2, 4	,218	,541	,4284	
3, 4	,537	,560	,0598	

Tableau ANOVA pour Ech17

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	10,239	3,413	3,045	,0292	9,136	,711
Résidu	276	309,328	1,121				

Tableau de moyennes pour Ech17**Effet : Age**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	2,082	,881	,113
2	119	1,941	1,011	,093
3	80	2,400	1,279	,143
4	20	2,050	,826	,185

Graphique des interactions pour Ech17**Effet : Age****Test PLSD de Fisher pour Ech17****Effet : Age****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,141	,328	,3991
1, 3	-,318	,354	,0783
1, 4	,032	,537	,9068
2, 3	-,459	,301	,0030
2, 4	-,109	,504	,6709
3, 4	,350	,521	,1871

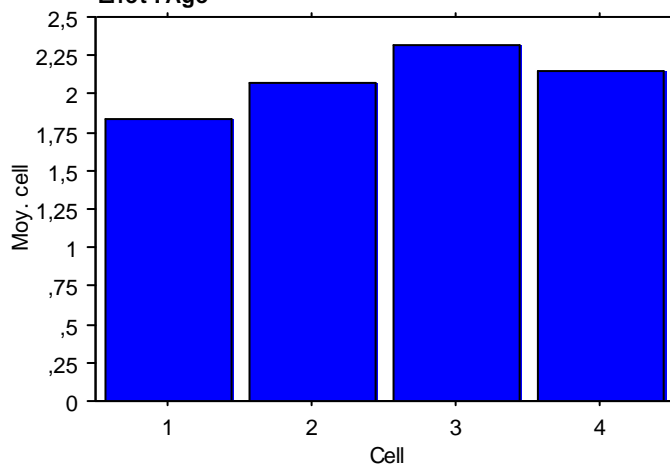
S

Tableau ANOVA pour Ech18

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	8,025	2,675	2,719	,0449	8,157	,653
Résidu	276	271,560	,984				

Tableau de moyennes pour Ech18**Effet : Age**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,836	,840	,108
2	119	2,067	,927	,085
3	80	2,313	1,154	,129
4	20	2,150	1,089	,244

Graphique des interactions pour Ech18**Effet : Age****Test PLSD de Fisher pour Ech18****Effet : Age****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,231	,307	,1400
1, 3	-,476	,332	,0051
1, 4	-,314	,503	,2204
2, 3	-,245	,282	,0883
2, 4	-,083	,472	,7301
3, 4	,163	,488	,5128

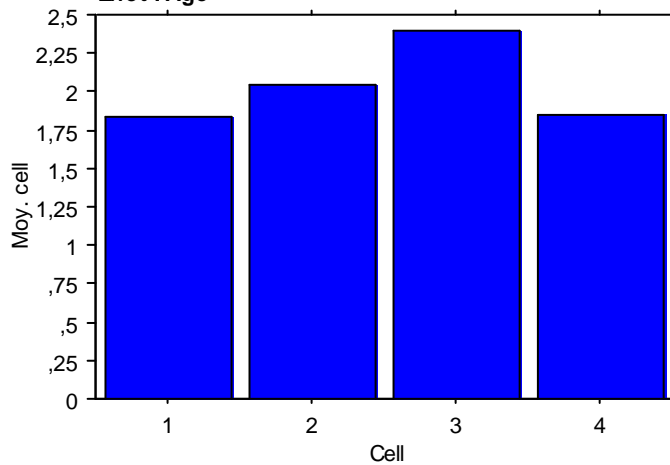
S

Tableau ANOVA pour Ech19

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	12,960	4,320	3,848	,0101	11,545	,825
Résidu	276	309,808	1,122				

Tableau de moyennes pour Ech19**Effet : Age**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,836	,898	,115
2	119	2,050	1,088	,100
3	80	2,400	1,186	,133
4	20	1,850	,745	,167

Graphique des interactions pour Ech19**Effet : Age****Test PLSD de Fisher pour Ech19****Effet : Age****Niveau de significativité : 5 %**

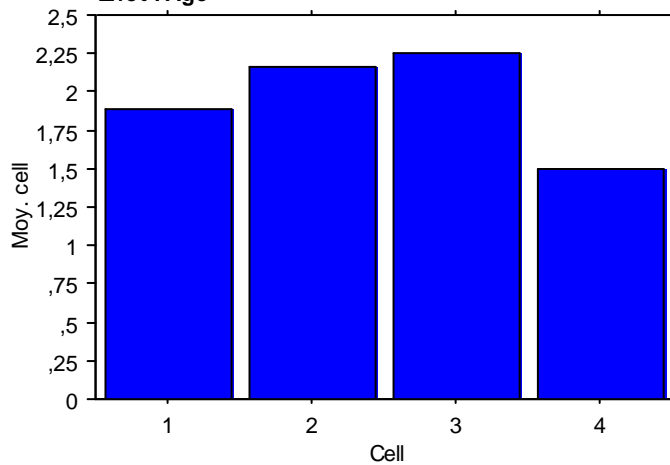
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,214	,328	,1999	
1, 3	-,564	,355	,0019	S
1, 4	-,014	,537	,9593	
2, 3	-,350	,302	,0232	S
2, 4	,200	,504	,4344	
3, 4	,550	,521	,0388	S

Tableau ANOVA pour Ech20

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	12,108	4,036	3,761	,0113	11,284	,815
Résidu	276	296,163	1,073				

Tableau de moyennes pour Ech20**Effet : Age**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,885	1,018	,130
2	119	2,160	,974	,089
3	80	2,250	1,175	,131
4	20	1,500	,827	,185

Graphique des interactions pour Ech20**Effet : Age****Test PLSD de Fisher pour Ech20****Effet : Age****Niveau de significativité : 5 %**

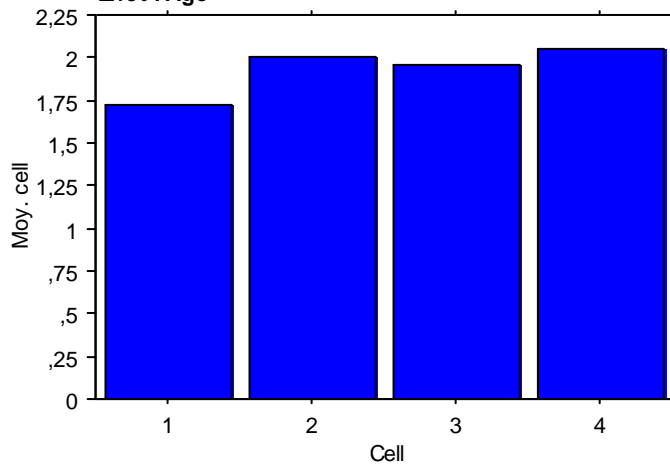
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,274	,321	,0936	
1, 3	-,365	,347	,0392	S
1, 4	,385	,525	,1501	
2, 3	-,090	,295	,5469	
2, 4	,660	,493	,0089	S
3, 4	,750	,510	,0041	S

Tableau ANOVA pour Ech21

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	3,751	1,250	1,590	,1921	4,769	,406
Résidu	276	217,091	,787				

Tableau de moyennes pour Ech21**Effet : Age**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,721	,686	,088
2	119	2,008	1,013	,093
3	80	1,962	,834	,093
4	20	2,050	,826	,185

Graphique des interactions pour Ech21**Effet : Age****Test PLSD de Fisher pour Ech21****Effet : Age****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,287	,275	,0408	S
1, 3	-,241	,297	,1108	
1, 4	-,329	,450	,1515	
2, 3	,046	,252	,7206	
2, 4	-,042	,422	,8463	
3, 4	-,087	,436	,6934	

Tableau ANOVA pour Ech22

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	3,949	1,316	1,415	,2386	4,246	,364
Résidu	276	256,676	,930				

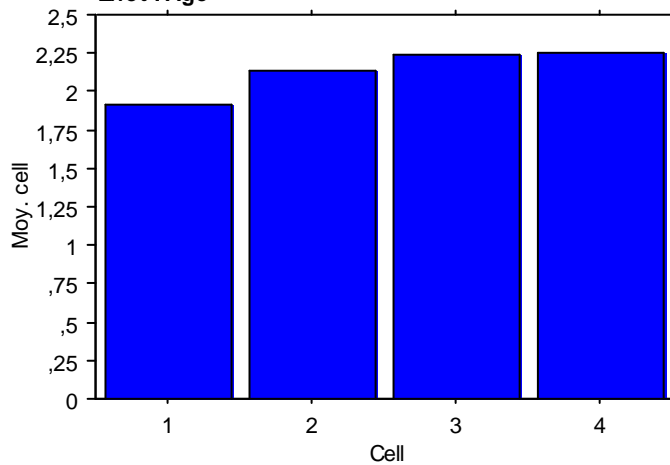
Tableau de moyennes pour Ech22

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,918	,822	,105
2	119	2,134	,938	,086
3	80	2,237	1,070	,120
4	20	2,250	1,070	,239

Graphique des interactions pour Ech22

Effet : Age



Test PLSD de Fisher pour Ech22

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,216	,299	,1552
1, 3	-,319	,323	,0523
1, 4	-,332	,489	,1827
2, 3	-,103	,274	,4605
2, 4	-,116	,459	,6204
3, 4	-,013	,475	,9587

VII.4.3. Résultats suivant le Sexe :

Les résultats de l'ANOVA pour la variable Sexe, n'indiquent pas non plus, une différence significative (au niveau des 22 échelles), entre les moyennes des Hommes et celles des Femmes à un seuil significatif de 5%.

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	2,513	2,513	2,052	,1531	2,052	,281
Résidu	278	340,483	1,225				

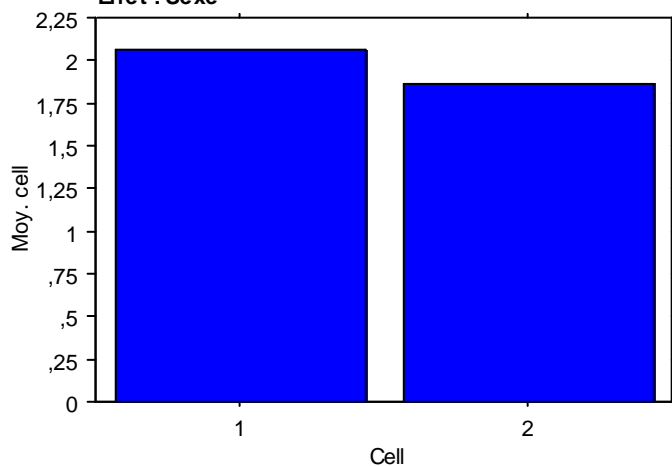
Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Sexe

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,068	1,171	,085
2	88	1,864	,949	,101

Graphique des interactions pour Ech1

Effet : Sexe



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Sexe

Niveau de significativité : 5 %

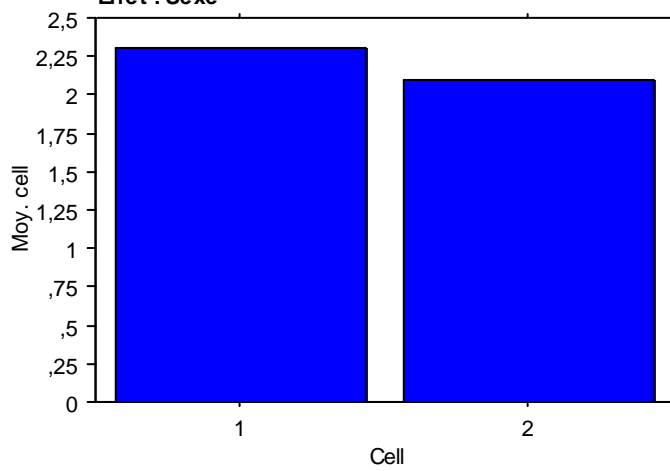
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,204	,280	,1531

Tableau ANOVA pour Ech2

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	2,409	2,409	3,274	,0715	3,274	,421
Résidu	278	204,559	,736				

Tableau de moyennes pour Ech2**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,302	,888	,064
2	88	2,102	,788	,084

Graphique des interactions pour Ech2**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech2****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

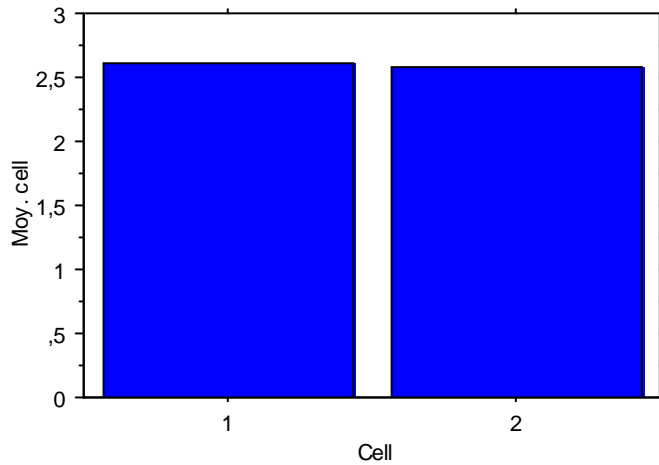
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,200	,217	,0715

Tableau ANOVA pour Ech3

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,037	,037	,069	,7930	,069	,058
Résidu	278	147,360	,530				

Tableau de moyennes pour Ech3**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,604	,694	,050
2	88	2,580	,798	,085

Graphique des interactions pour Ech3**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech3****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

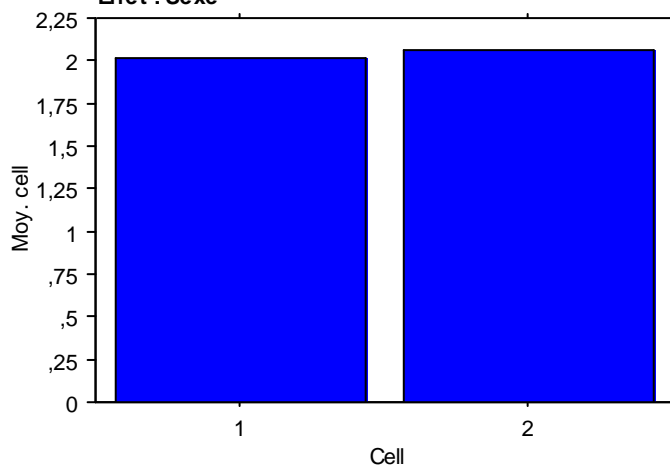
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,025	,185	,7930

Tableau ANOVA pour Ech4

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,130	,130	,170	,6806	,170	,069
Résidu	278	212,695	,765				

Tableau de moyennes pour Ech4**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,010	,868	,063
2	88	2,057	,889	,095

Graphique des interactions pour Ech4**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech4****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

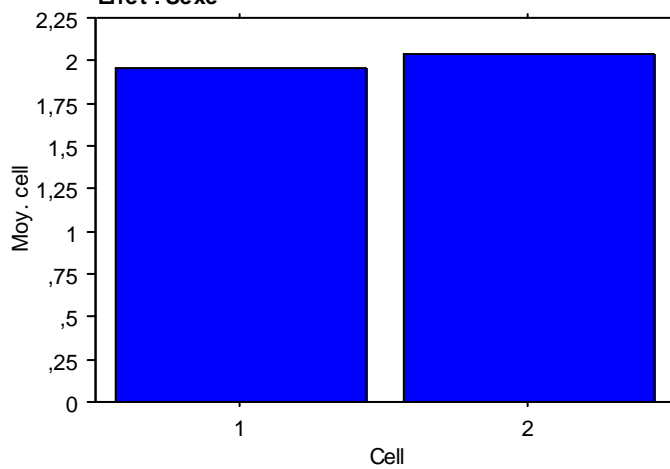
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,046	,222	,6806

Tableau ANOVA pour Ech6

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,346	,346	,522	,4707	,522	,107
Résidu	278	184,564	,664				

Tableau de moyennes pour Ech6**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	1,958	,837	,060
2	88	2,034	,765	,082

Graphique des interactions pour Ech6**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech6****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

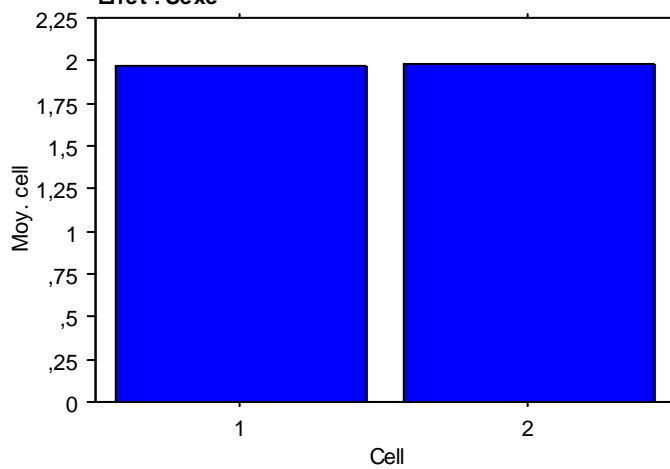
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,076	,206	,4707

Tableau ANOVA pour Ech7

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,004	,004	,005	,9422	,005	,051
Résidu	278	231,767	,834				

Tableau de moyennes pour Ech7**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	1,969	,903	,065
2	88	1,977	,934	,100

Graphique des interactions pour Ech7**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech7****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,009	,231	,9422

Tableau ANOVA pour Ech8

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,052	,052	,065	,7992	,065	,057
Résidu	278	223,059	,802				

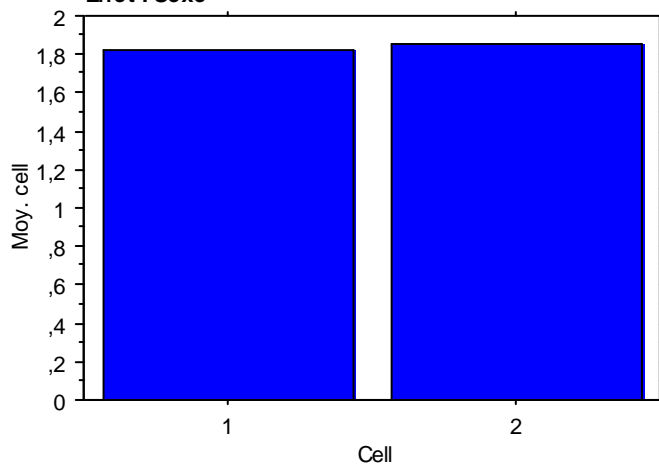
Tableau de moyennes pour Ech8

Effet : Sexe

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	1,823	,909	,066
2	88	1,852	,865	,092

Graphique des interactions pour Ech8

Effet : Sexe



Test PLSD de Fisher pour Ech8

Effet : Sexe

Niveau de significativité : 5 %

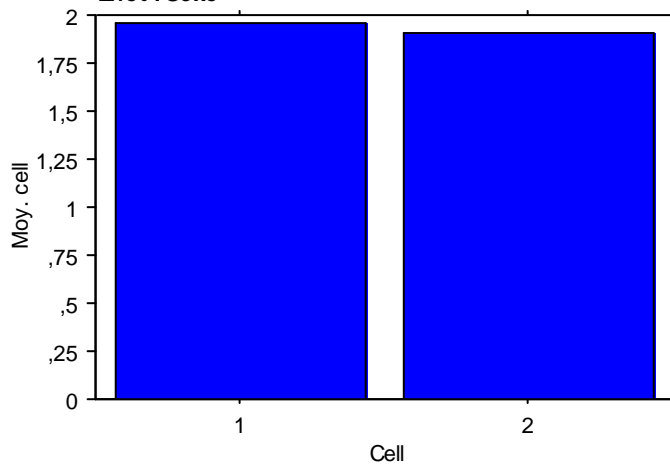
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,029	,227	,7992

Tableau ANOVA pour Ech9

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,146	,146	,151	,6976	,151	,067
Résidu	278	268,939	,967				

Tableau de moyennes pour Ech9**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	1,958	,991	,072
2	88	1,909	,967	,103

Graphique des interactions pour Ech9**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech9****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

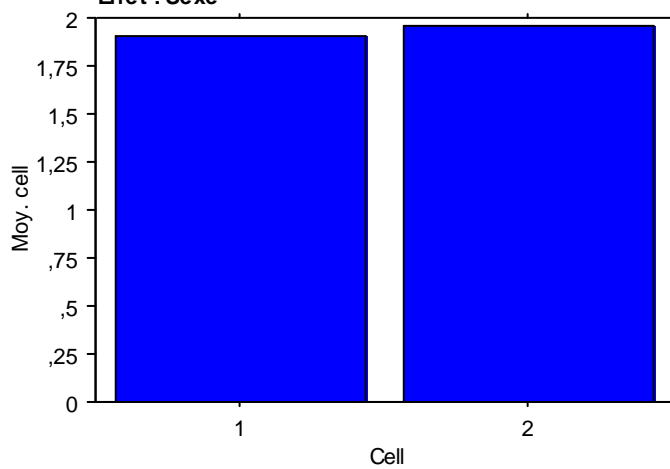
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,049	,249	,6976

Tableau ANOVA pour Ech10

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,141	,141	,167	,6830	,167	,069
Résidu	278	234,131	,842				

Tableau de moyennes pour Ech10**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	1,906	,922	,067
2	88	1,955	,909	,097

Graphique des interactions pour Ech10**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech10****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

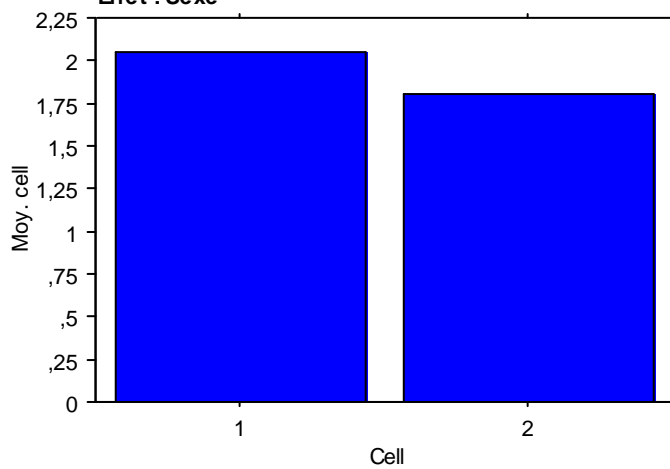
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,048	,233	,6830

Tableau ANOVA pour Ech11

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	3,477	3,477	2,858	,0921	2,858	,374
Résidu	278	338,294	1,217				

Tableau de moyennes pour Ech11**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,047	1,132	,082
2	88	1,807	1,038	,111

Graphique des interactions pour Ech11**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech11****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,240	,280	,0921

Tableau ANOVA pour Ech12

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	6,311	6,311	5,159	,0239	5,159	,614
Résidu	278	340,086	1,223				

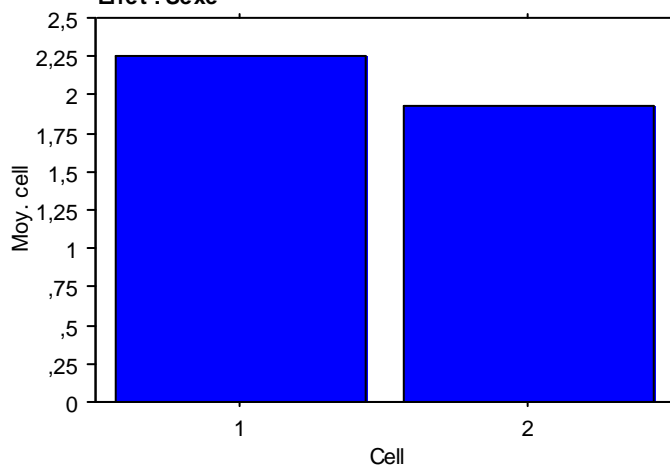
Tableau de moyennes pour Ech12

Effet : Sexe

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,255	1,181	,085
2	88	1,932	,920	,098

Graphique des interactions pour Ech12

Effet : Sexe



Test PLSD de Fisher pour Ech12

Effet : Sexe

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,323	,280	,0239

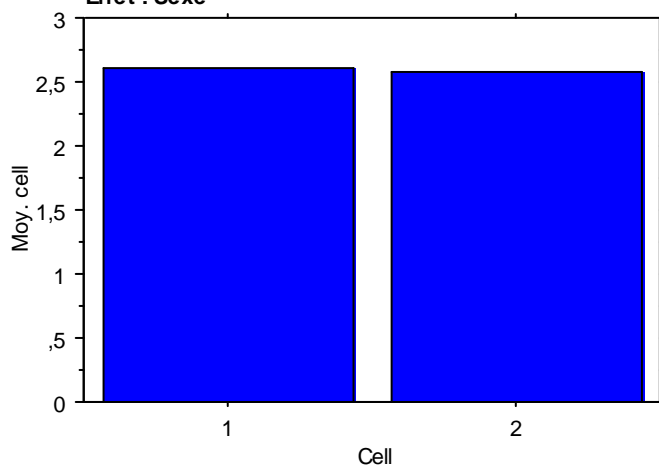
S

Tableau ANOVA pour Ech3

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,037	,037	,069	,7930	,069	,058
Résidu	278	147,360	,530				

Tableau de moyennes pour Ech3**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,604	,694	,050
2	88	2,580	,798	,085

Graphique des interactions pour Ech3**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech3****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

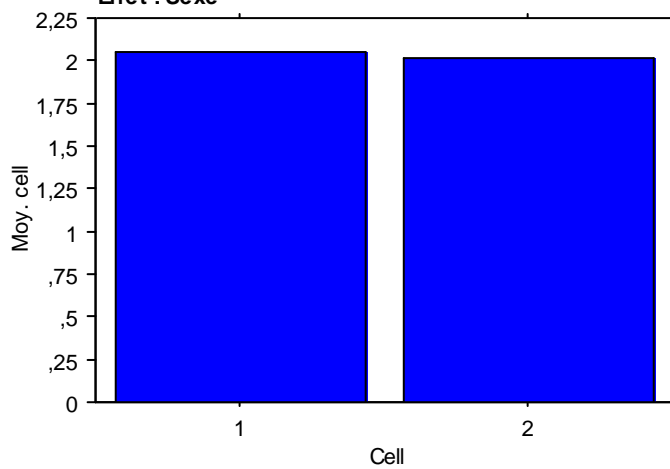
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,025	,185	,7930

Tableau ANOVA pour Ech14

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,100	,100	,086	,7699	,086	,060
Résidu	278	324,468	1,167				

Tableau de moyennes pour Ech14**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,052	1,096	,079
2	88	2,011	1,045	,111

Graphique des interactions pour Ech14**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech14****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

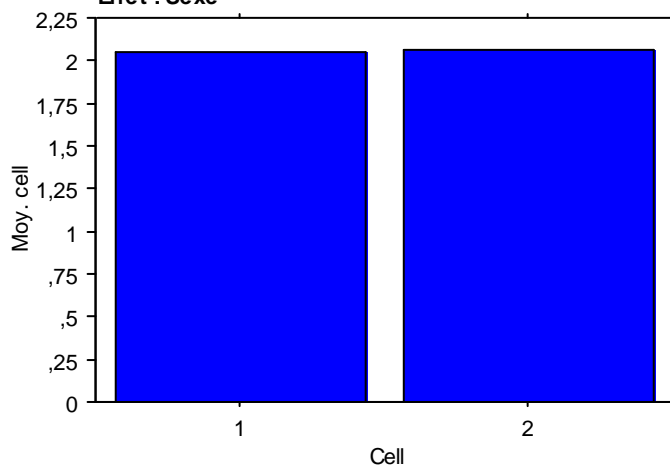
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,041	,274	,7699

Tableau ANOVA pour Ech15

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,001	,001	,001	,9727	,001	,050
Résidu	278	320,195	1,152				

Tableau de moyennes pour Ech15**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,052	1,101	,079
2	88	2,057	1,010	,108

Graphique des interactions pour Ech15**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech15****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,005	,272	,9727

Tableau ANOVA pour Ech16

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,032	,032	,024	,8764	,024	,053
Résidu	278	372,393	1,340				

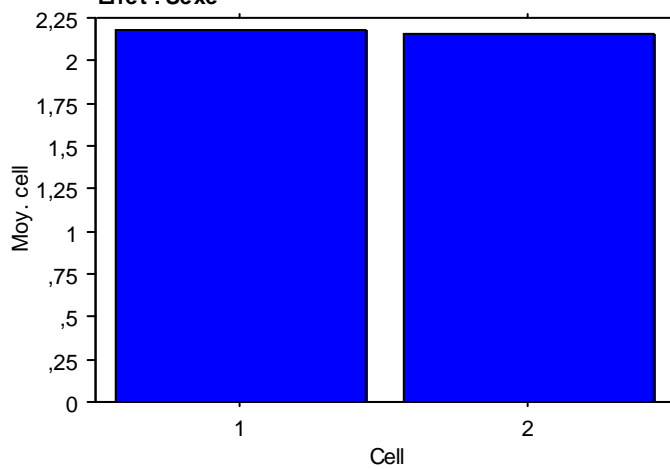
Tableau de moyennes pour Ech16

Effet : Sexe

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,182	1,150	,083
2	88	2,159	1,173	,125

Graphique des interactions pour Ech16

Effet : Sexe



Test PLSD de Fisher pour Ech16

Effet : Sexe

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,023	,293	,8764

Tableau ANOVA pour Ech17

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,026	,026	,023	,8801	,023	,053
Résidu	278	319,542	1,149				

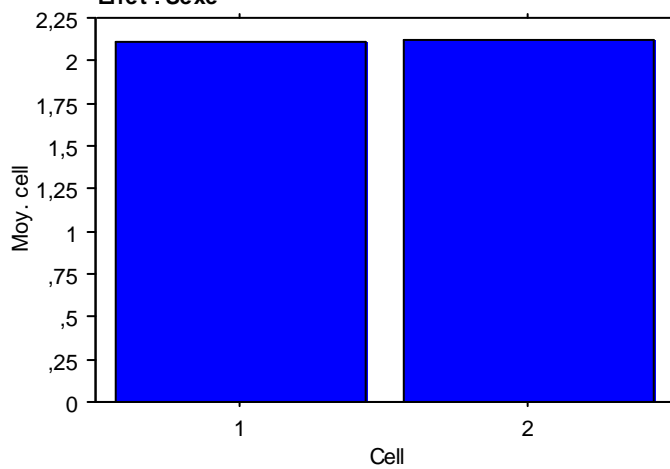
Tableau de moyennes pour Ech17

Effet : Sexe

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,104	1,125	,081
2	88	2,125	,945	,101

Graphique des interactions pour Ech17

Effet : Sexe



Test PLSD de Fisher pour Ech17

Effet : Sexe

Niveau de significativité : 5 %

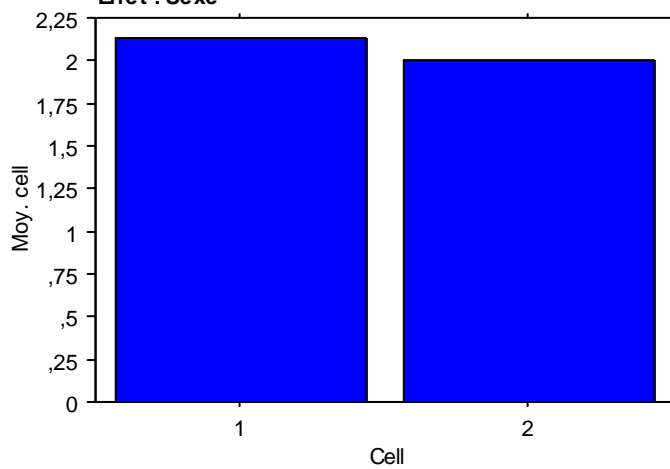
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,021	,272	,8801

Tableau ANOVA pour Ech18

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	1,107	1,107	1,105	,2942	1,105	,172
Résidu	278	278,479	1,002				

Tableau de moyennes pour Ech18**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,135	1,009	,073
2	88	2,000	,983	,105

Graphique des interactions pour Ech18**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech18****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

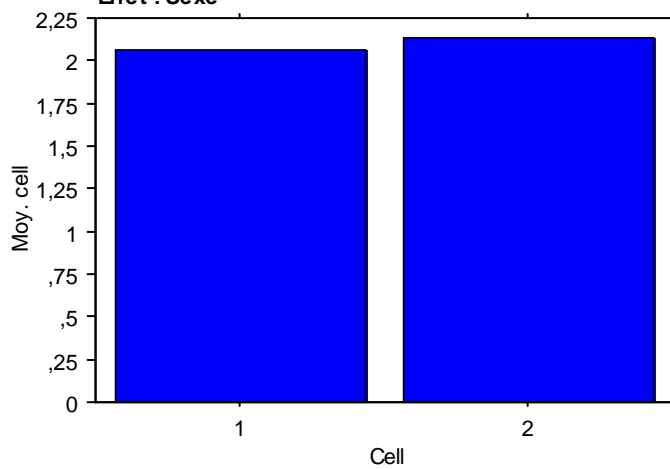
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,135	,254	,2942

Tableau ANOVA pour Ech19

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,284	,284	,245	,6209	,245	,077
Résidu	278	322,483	1,160				

Tableau de moyennes pour Ech19**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,068	1,059	,076
2	88	2,136	1,116	,119

Graphique des interactions pour Ech19**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech19****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,069	,273	,6209

Tableau ANOVA pour Ech20

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Age	3	12,108	4,036	3,761	,0113	11,284	,815
Résidu	276	296,163	1,073				

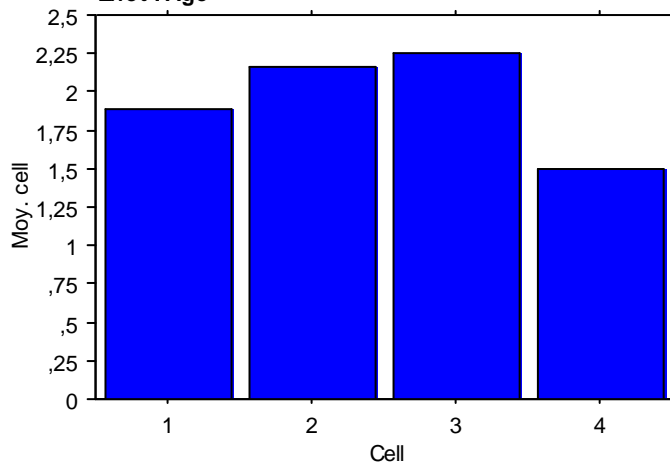
Tableau de moyennes pour Ech20

Effet : Age

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	61	1,885	1,018	,130
2	119	2,160	,974	,089
3	80	2,250	1,175	,131
4	20	1,500	,827	,185

Graphique des interactions pour Ech20

Effet : Age

**Test PLSD de Fisher pour Ech20**

Effet : Age

Niveau de significativité : 5 %

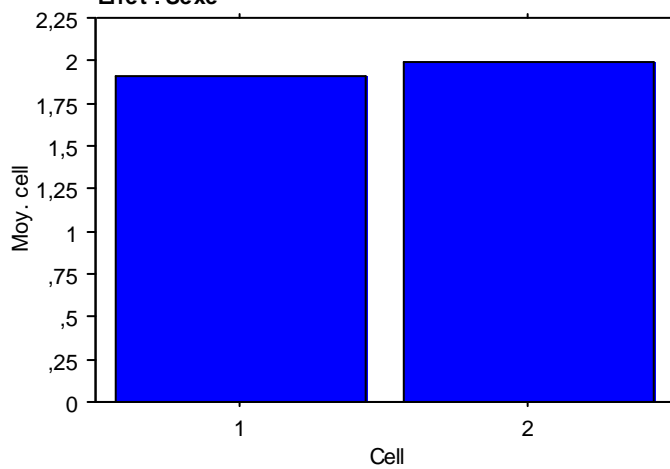
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,274	,321	,0936	
1, 3	-,365	,347	,0392	S
1, 4	,385	,525	,1501	
2, 3	-,090	,295	,5469	
2, 4	,660	,493	,0089	S
3, 4	,750	,510	,0041	S

Tableau ANOVA pour Ech21

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,359	,359	,453	,5014	,453	,100
Résidu	278	220,483	,793				

Tableau de moyennes pour Ech21**Effet : Sexe**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	1,911	,891	,064
2	88	1,989	,890	,095

Graphique des interactions pour Ech21**Effet : Sexe****Test PLSD de Fisher pour Ech21****Effet : Sexe****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,077	,226	,5014

Tableau ANOVA pour Ech22

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Sexe	1	,812	,812	,869	,3521	,869	,146
Résidu	278	259,813	,935				

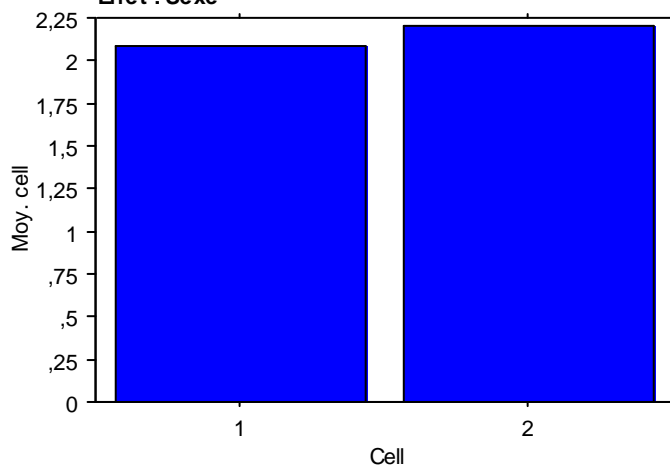
Tableau de moyennes pour Ech22

Effet : Sexe

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	192	2,089	,953	,069
2	88	2,205	,996	,106

Graphique des interactions pour Ech22

Effet : Sexe



Test PLSD de Fisher pour Ech22

Effet : Sexe

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,116	,245	,3521

VII.4.4. Résultats selon le Niveau d'Etudes :

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	25,259	5,052	4,356	,0008	21,782	,972
Résidu	274	317,738	1,160				

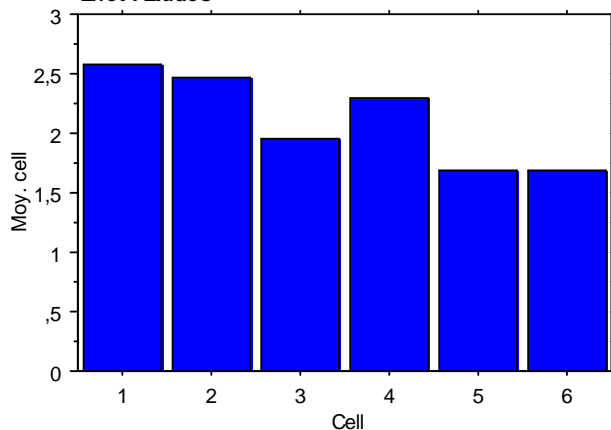
Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,583	,793	,229
2	26	2,462	1,272	,249
3	80	1,950	1,042	,117
4	60	2,300	1,124	,145
5	76	1,684	1,048	,120
6	26	1,692	1,050	,206

Graphique des interactions pour Ech1

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,122	,740	,7461	
1, 3	,633	,656	,0585	
1, 4	,283	,670	,4061	
1, 5	,899	,659	,0076	S
1, 6	,891	,740	,0184	S
2, 3	,512	,479	,0363	S
2, 4	,162	,498	,5234	
2, 5	,777	,482	,0017	S
2, 6	,769	,588	,0105	S
3, 4	-,350	,362	,0581	
3, 5	,266	,340	,1245	
3, 6	,258	,479	,2901	
4, 5	,616	,366	,0011	S
4, 6	,608	,498	,0169	S
5, 6	-,008	,482	,9736	

Tableau ANOVA pour Ech2

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	11,524	2,305	3,231	,0075	16,156	,894
Résidu	274	195,444	,713				

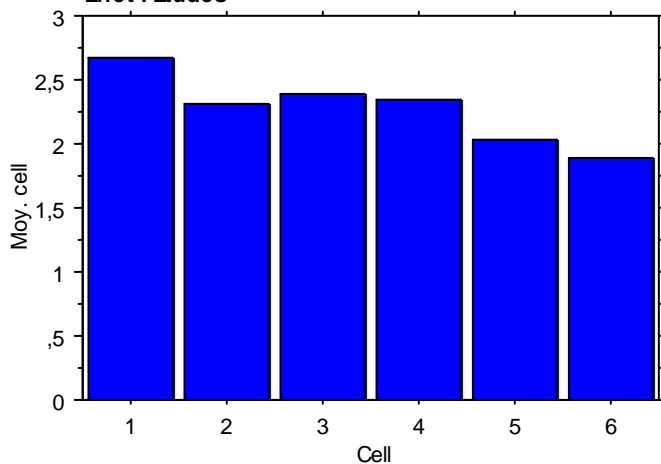
Tableau de moyennes pour Ech2

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,667	,651	,188
2	26	2,308	,788	,155
3	80	2,388	,864	,097
4	60	2,350	,954	,123
5	76	2,026	,765	,088
6	26	1,885	,864	,169

Graphique des interactions pour Ech2

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech2

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,359	,580	,2243	
1, 3	,279	,515	,2866	
1, 4	,317	,526	,2368	
1, 5	,640	,516	,0153	S
1, 6	,782	,580	,0084	S
2, 3	-,080	,375	,6758	
2, 4	-,042	,390	,8312	
2, 5	,281	,378	,1437	
2, 6	,423	,461	,0720	
3, 4	,038	,284	,7951	
3, 5	,361	,266	,0080	S
3, 6	,503	,375	,0088	S
4, 5	,324	,287	,0273	S
4, 6	,465	,390	,0196	S
5, 6	,142	,378	,4609	

Tableau ANOVA pour Ech3

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	2,865	,573	1,086	,3681	5,432	,378
Résidu	274	144,531	,527				

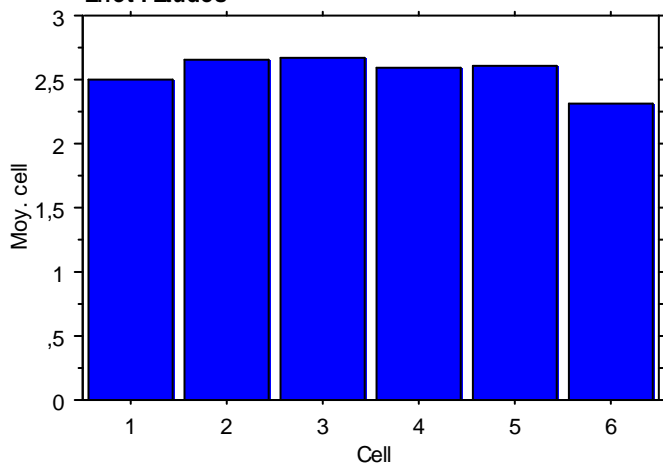
Tableau de moyennes pour Ech3

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,500	,905	,261
2	26	2,654	,745	,146
3	80	2,675	,652	,073
4	60	2,600	,764	,099
5	76	2,605	,613	,070
6	26	2,308	1,011	,198

Graphique des interactions pour Ech3

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech3

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,154	,499	,5444
1, 3	-,175	,443	,4370
1, 4	-,100	,452	,6636
1, 5	-,105	,444	,6412
1, 6	,192	,499	,4487
2, 3	-,021	,323	,8974
2, 4	,054	,336	,7524
2, 5	,049	,325	,7687
2, 6	,346	,397	,0868
3, 4	,075	,244	,5459
3, 5	,070	,229	,5494
3, 6	,367	,323	,0259
4, 5	-,005	,247	,9666
4, 6	,292	,336	,0876
5, 6	,298	,325	,0724

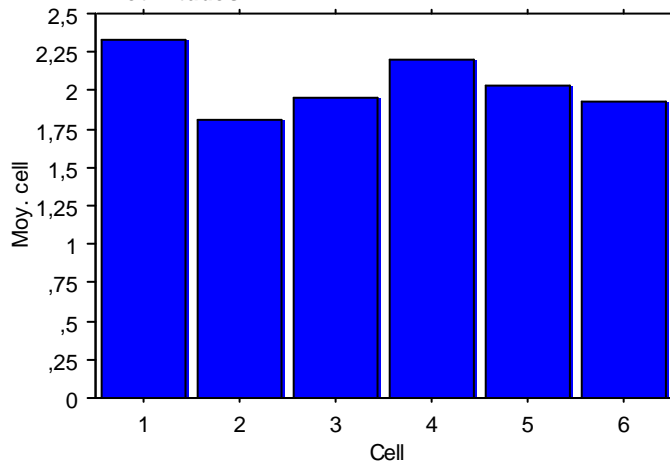
S

Tableau ANOVA pour Ech4

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	4,926	,985	1,299	,2647	6,493	,450
Résidu	274	207,899	,759				

Tableau de moyennes pour Ech4**Effet : Etudes**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,333	1,073	,310
2	26	1,808	,849	,167
3	80	1,950	,692	,077
4	60	2,200	1,038	,134
5	76	2,026	,783	,090
6	26	1,923	1,093	,214

Graphique des interactions pour Ech4**Effet : Etudes****Test PLSD de Fisher pour Ech4****Effet : Etudes****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,526	,598	,0849
1, 3	,383	,531	,1563
1, 4	,133	,542	,6287
1, 5	,307	,533	,2575
1, 6	,410	,598	,1783
2, 3	-,142	,387	,4699
2, 4	-,392	,403	,0561
2, 5	-,219	,390	,2703
2, 6	-,115	,476	,6333
3, 4	-,250	,293	,0940
3, 5	-,076	,275	,5849
3, 6	,027	,387	,8912
4, 5	,174	,296	,2493
4, 6	,277	,403	,1768
5, 6	,103	,390	,6023

Tableau ANOVA pour Ech5

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	4,390	,878	1,313	,2585	6,567	,455
Résidu	274	183,195	,669				

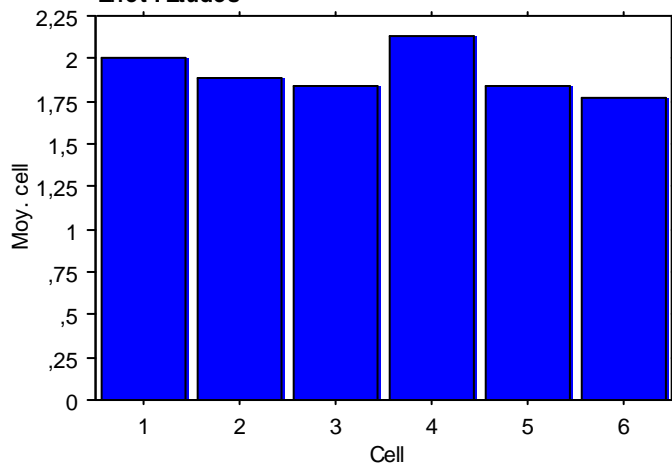
Tableau de moyennes pour Ech5

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,000	,953	,275
2	26	1,885	,816	,160
3	80	1,837	,719	,080
4	60	2,133	,999	,129
5	76	1,842	,731	,084
6	26	1,769	,815	,160

Graphique des interactions pour Ech5

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech5

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,115	,562	,6863	
1, 3	,163	,498	,5214	
1, 4	-,133	,509	,6065	
1, 5	,158	,500	,5347	
1, 6	,231	,562	,4194	
2, 3	,047	,363	,7987	
2, 4	-,249	,378	,1962	
2, 5	,043	,366	,8192	
2, 6	,115	,446	,6113	
3, 4	-,296	,275	,0350	S
3, 5	-,005	,258	,9720	
3, 6	,068	,363	,7118	
4, 5	,291	,278	,0401	S
4, 6	,364	,378	,0589	
5, 6	,073	,366	,6952	

Tableau ANOVA pour Ech6

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	3,457	,691	1,044	,3920	5,221	,364
Résidu	274	181,453	,662				

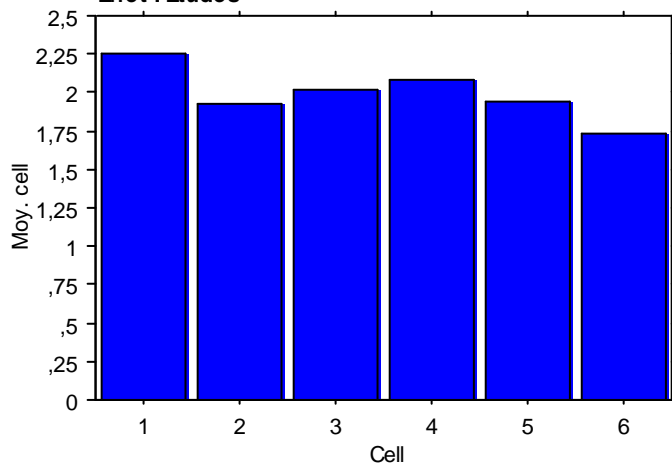
Tableau de moyennes pour Ech6

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,250	1,138	,329
2	26	1,923	,688	,135
3	80	2,013	,738	,082
4	60	2,083	,787	,102
5	76	1,934	,884	,101
6	26	1,731	,827	,162

Graphique des interactions pour Ech6

Effet : Etudes

**Test PLSD de Fisher pour Ech6**

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,327	,559	,2507
1, 3	,237	,496	,3466
1, 4	,167	,507	,5178
1, 5	,316	,498	,2126
1, 6	,519	,559	,0686
2, 3	-,089	,362	,6268
2, 4	-,160	,376	,4024
2, 5	-,011	,364	,9520
2, 6	,192	,444	,3949
3, 4	-,071	,274	,6107
3, 5	,078	,257	,5486
3, 6	,282	,362	,1263
4, 5	,149	,277	,2896
4, 6	,353	,376	,0661
5, 6	,203	,364	,2722

Tableau ANOVA pour Ech7

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	7,425	1,485	1,814	,1103	9,068	,612
Résidu	274	224,347	,819				

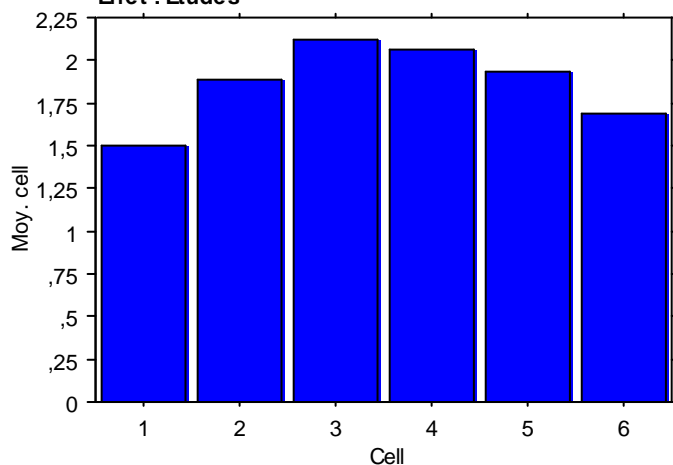
Tableau de moyennes pour Ech7

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	1,500	1,000	,289
2	26	1,885	,909	,178
3	80	2,125	1,023	,114
4	60	2,067	,880	,114
5	76	1,934	,838	,096
6	26	1,692	,679	,133

Graphique des interactions pour Ech7

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech7

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,385	,622	,2243	
1, 3	-,625	,551	,0265	S
1, 4	-,567	,563	,0487	S
1, 5	-,434	,553	,1235	
1, 6	-,192	,622	,5430	
2, 3	-,240	,402	,2403	
2, 4	-,182	,418	,3923	
2, 5	-,050	,405	,8096	
2, 6	,192	,494	,4442	
3, 4	,058	,304	,7061	
3, 5	,191	,285	,1892	
3, 6	,433	,402	,0351	S
4, 5	,132	,308	,3974	
4, 6	,374	,418	,0792	
5, 6	,242	,405	,2404	

Tableau ANOVA pour Ech8

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	15,470	3,094	4,083	,0014	20,414	,960
Résidu	274	207,641	,758				

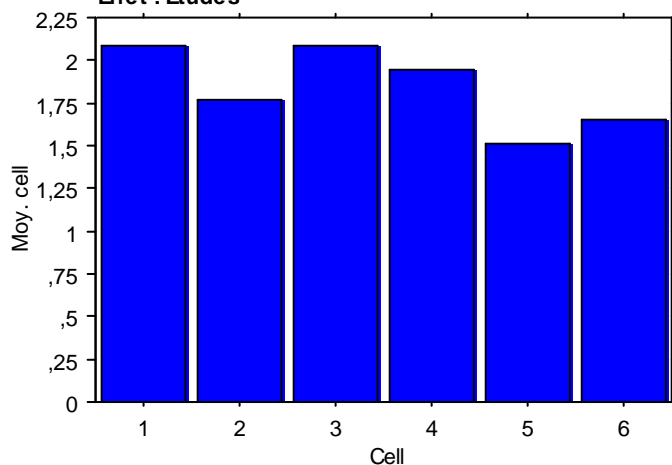
Tableau de moyennes pour Ech8

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,083	1,311	,379
2	26	1,769	,908	,178
3	80	2,087	1,021	,114
4	60	1,950	,790	,102
5	76	1,513	,663	,076
6	26	1,654	,797	,156

Graphique des interactions pour Ech8

Effet : Etudes

**Test PLSD de Fisher pour Ech8**

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,314	,598	,3021	
1, 3	-,004	,531	,9877	
1, 4	,133	,542	,6285	
1, 5	,570	,532	,0359	S
1, 6	,429	,598	,1586	
2, 3	-,318	,387	,1065	
2, 4	-,181	,402	,3772	
2, 5	,256	,389	,1965	
2, 6	,115	,475	,6331	
3, 4	,137	,293	,3559	
3, 5	,574	,275	<,0001	S
3, 6	,434	,387	,0282	S
4, 5	,437	,296	,0040	S
4, 6	,296	,402	,1485	
5, 6	-,141	,389	,4775	

Tableau ANOVA pour Ech9

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	2,786	,557	,573	,7204	2,867	,206
Résidu	274	266,299	,972				

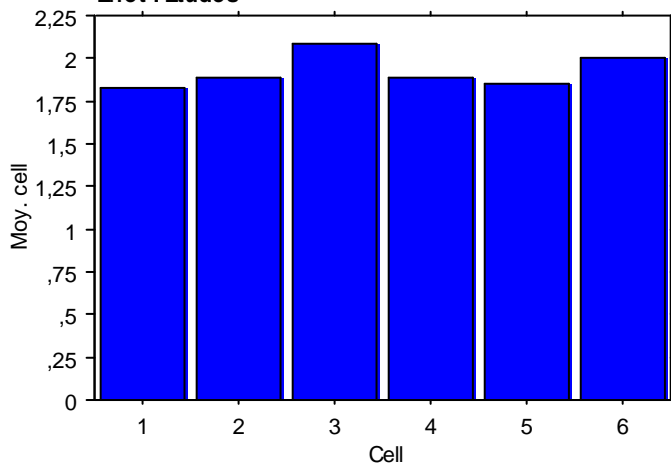
Tableau de moyennes pour Ech9

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	1,833	1,030	,297
2	26	1,885	,909	,178
3	80	2,087	1,138	,127
4	60	1,883	,922	,119
5	76	1,855	,812	,093
6	26	2,000	1,131	,222

Graphique des interactions pour Ech9

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech9

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	-,051	,677	,8816
1, 3	-,254	,601	,4057
1, 4	-,050	,614	,8727
1, 5	-,022	,603	,9430
1, 6	-,167	,677	,6285
2, 3	-,203	,438	,3628
2, 4	,001	,456	,9956
2, 5	,029	,441	,8958
2, 6	-,115	,538	,6734
3, 4	,204	,331	,2263
3, 5	,232	,311	,1425
3, 6	,087	,438	,6945
4, 5	,028	,335	,8692
4, 6	-,117	,456	,6147
5, 6	-,145	,441	,5187

Tableau ANOVA pour Ech10

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	8,568	1,714	2,080	,0681	10,402	,685
Résidu	274	225,703	,824				

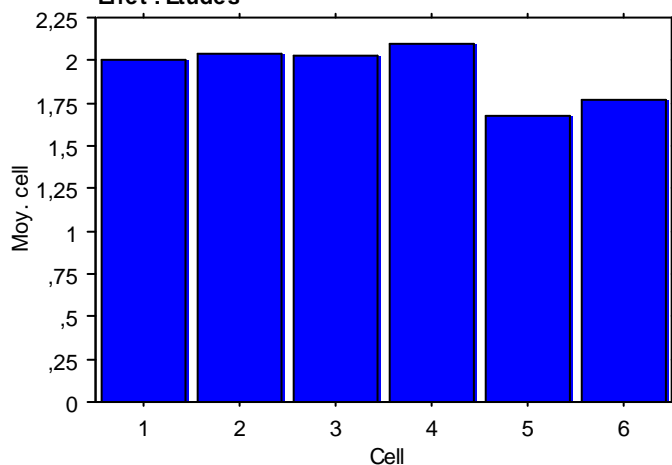
Tableau de moyennes pour Ech10

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,000	1,128	,326
2	26	2,038	,871	,171
3	80	2,025	,927	,104
4	60	2,100	,986	,127
5	76	1,671	,839	,096
6	26	1,769	,765	,150

Graphique des interactions pour Ech10

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech10

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,038	,624	,9034	
1, 3	-,025	,553	,9292	
1, 4	-,100	,565	,7278	
1, 5	,329	,555	,2443	
1, 6	,231	,624	,4669	
2, 3	,013	,403	,9477	
2, 4	-,062	,420	,7730	
2, 5	,367	,406	,0759	
2, 6	,269	,496	,2858	
3, 4	-,075	,305	,6289	
3, 5	,354	,286	,0155	S
3, 6	,256	,403	,2130	
4, 5	,429	,309	,0066	S
4, 6	,331	,420	,1218	
5, 6	-,098	,406	,6344	

Tableau ANOVA pour Ech11

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	23,514	4,703	4,049	,0015	20,244	,959
Résidu	274	318,258	1,162				

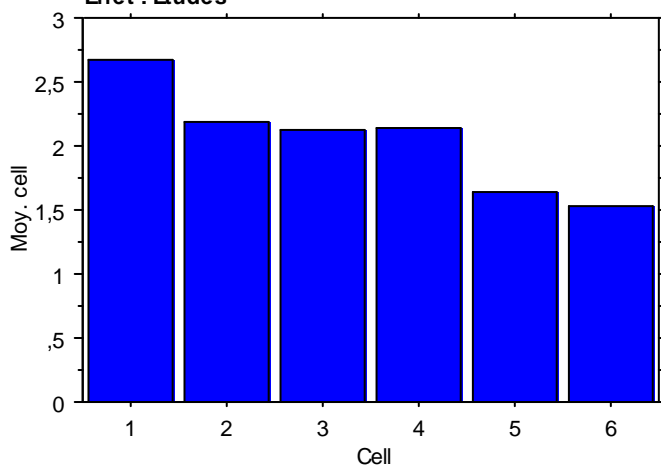
Tableau de moyennes pour Ech11

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,667	1,371	,396
2	26	2,192	1,386	,272
3	80	2,125	1,173	,131
4	60	2,133	1,268	,164
5	76	1,645	,647	,074
6	26	1,538	,761	,149

Graphique des interactions pour Ech11

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech11

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,474	,740	,2083	
1, 3	,542	,657	,1056	
1, 4	,533	,671	,1188	
1, 5	1,022	,659	,0025	S
1, 6	1,128	,740	,0030	S
2, 3	,067	,479	,7823	
2, 4	,059	,498	,8159	
2, 5	,548	,482	,0261	S
2, 6	,654	,588	,0296	S
3, 4	-,008	,362	,9639	
3, 5	,480	,340	,0058	S
3, 6	,587	,479	,0166	S
4, 5	,489	,366	,0091	S
4, 6	,595	,498	,0194	S
5, 6	,106	,482	,6646	

Tableau ANOVA pour Ech12

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	29,945	5,989	5,186	,0001	25,928	,991
Résidu	274	316,451	1,155				

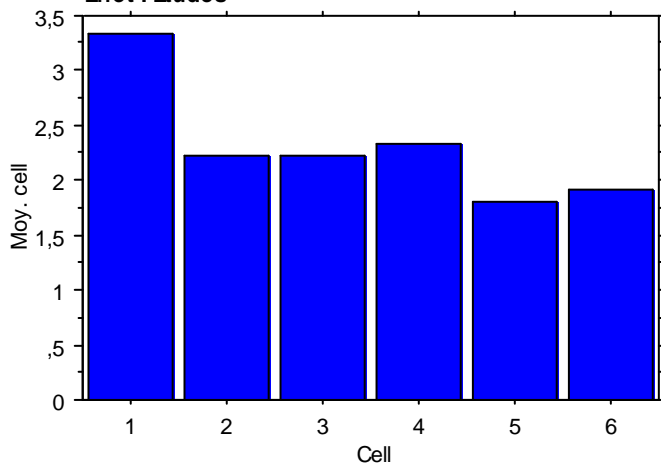
Tableau de moyennes pour Ech12

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	3,333	1,371	,396
2	26	2,231	1,032	,202
3	80	2,225	1,222	,137
4	60	2,333	1,130	,146
5	76	1,803	,849	,097
6	26	1,923	,935	,183

Graphique des interactions pour Ech12

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech12

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	1,103	,738	,0036	S
1, 3	1,108	,655	,0010	S
1, 4	1,000	,669	,0035	S
1, 5	1,531	,657	<,0001	S
1, 6	1,410	,738	,0002	S
2, 3	,006	,478	,9810	
2, 4	-,103	,497	,6847	
2, 5	,428	,481	,0806	
2, 6	,308	,587	,3028	
3, 4	-,108	,361	,5555	
3, 5	,422	,339	,0148	S
3, 6	,302	,478	,2144	
4, 5	,531	,365	,0046	S
4, 6	,410	,497	,1051	
5, 6	-,120	,481	,6222	

Tableau ANOVA pour Ech13

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	18,343	3,669	2,668	,0225	13,338	,812
Résidu	274	376,800	1,375				

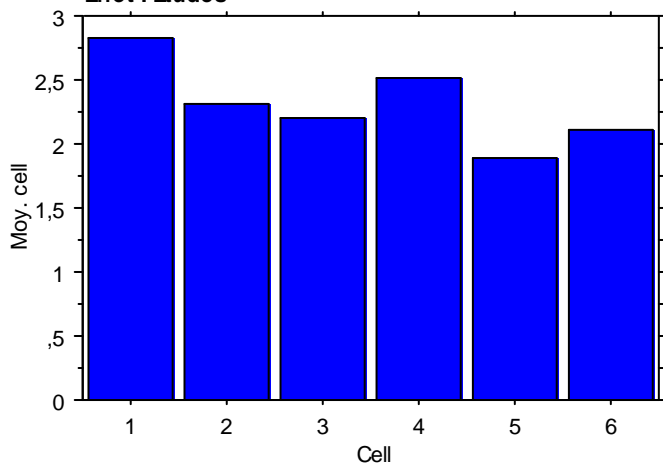
Tableau de moyennes pour Ech13

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,833	1,528	,441
2	26	2,308	1,258	,247
3	80	2,200	1,184	,132
4	60	2,517	1,359	,175
5	76	1,895	,842	,097
6	26	2,115	1,243	,244

Graphique des interactions pour Ech13

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech13

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,526	,806	,2001	
1, 3	,633	,715	,0822	
1, 4	,317	,730	,3939	
1, 5	,939	,717	,0105	S
1, 6	,718	,806	,0805	
2, 3	,108	,521	,6845	
2, 4	-,209	,542	,4485	
2, 5	,413	,525	,1223	
2, 6	,192	,640	,5548	
3, 4	-,317	,394	,1150	
3, 5	,305	,370	,1053	
3, 6	,085	,521	,7495	
4, 5	,622	,399	,0023	S
4, 6	,401	,542	,1461	
5, 6	-,221	,525	,4083	

Tableau ANOVA pour Ech14

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	9,599	1,920	1,670	,1419	8,350	,569
Résidu	274	314,969	1,150				

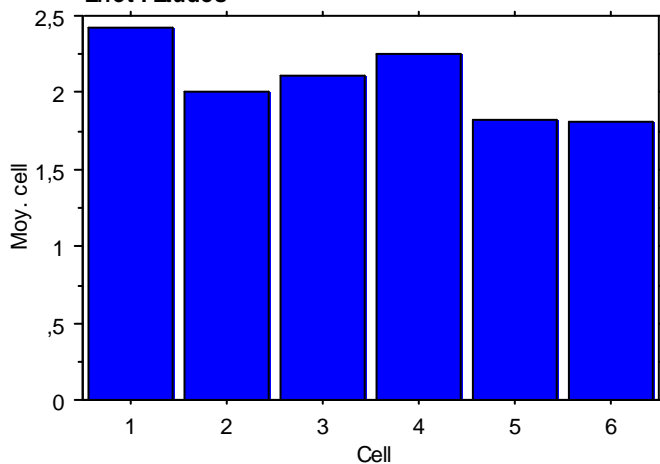
Tableau de moyennes pour Ech14

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,417	1,311	,379
2	26	2,000	1,166	,229
3	80	2,112	1,136	,127
4	60	2,250	1,174	,151
5	76	1,829	,839	,096
6	26	1,808	1,021	,200

Graphique des interactions pour Ech14

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech14

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,417	,737	,2664
1, 3	,304	,653	,3603
1, 4	,167	,667	,6234
1, 5	,588	,656	,0787
1, 6	,609	,737	,1048
2, 3	-,112	,476	,6424
2, 4	-,250	,496	,3215
2, 5	,171	,480	,4831
2, 6	,192	,585	,5184
3, 4	-,138	,360	,4533
3, 5	,284	,338	,0999
3, 6	,305	,476	,2090
4, 5	,421	,365	,0237
4, 6	,442	,496	,0800
5, 6	,021	,480	,9305

S

Tableau ANOVA pour Ech15

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	13,254	2,651	2,366	,0400	11,831	,752
Résidu	274	306,943	1,120				

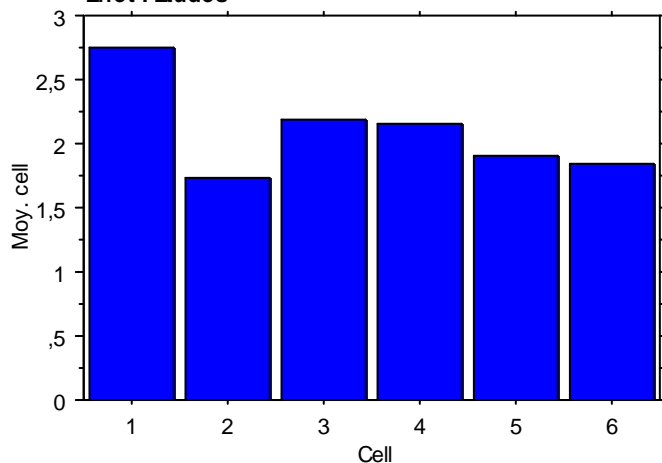
Tableau de moyennes pour Ech15

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,750	1,422	,411
2	26	1,731	,874	,171
3	80	2,188	1,192	,133
4	60	2,150	1,087	,140
5	76	1,908	,867	,099
6	26	1,846	1,047	,205

Graphique des interactions pour Ech15

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech15

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	1,019	,727	,0062	S
1, 3	,563	,645	,0872	
1, 4	,600	,659	,0741	
1, 5	,842	,647	,0110	S
1, 6	,904	,727	,0150	S
2, 3	-,457	,470	,0570	
2, 4	-,419	,489	,0927	
2, 5	-,177	,473	,4620	
2, 6	-,115	,578	,6946	
3, 4	,038	,356	,8358	
3, 5	,280	,334	,1002	
3, 6	,341	,470	,1542	
4, 5	,242	,360	,1864	
4, 6	,304	,489	,2225	
5, 6	,062	,473	,7976	

Tableau ANOVA pour Ech16

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	24,167	4,833	3,803	,0024	19,014	,944
Résidu	274	348,258	1,271				

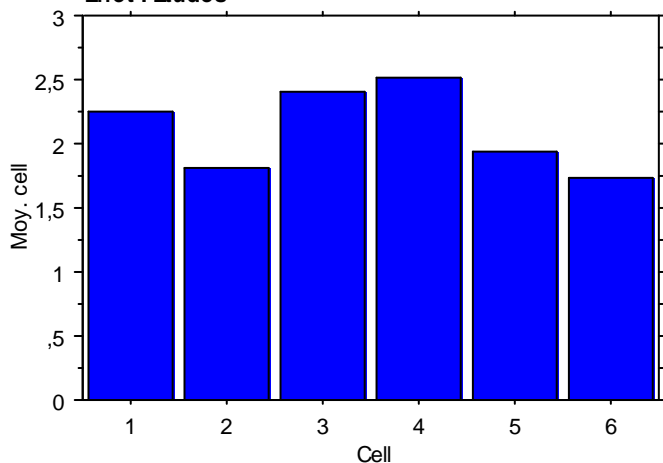
Tableau de moyennes pour Ech16

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,250	1,422	,411
2	26	1,808	,939	,184
3	80	2,400	1,269	,142
4	60	2,517	1,269	,164
5	76	1,934	,899	,103
6	26	1,731	,919	,180

Graphique des interactions pour Ech16

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech16

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,442	,775	,2619	
1, 3	-,150	,687	,6677	
1, 4	-,267	,702	,4551	
1, 5	,316	,689	,3680	
1, 6	,519	,775	,1880	
2, 3	-,592	,501	,0207	S
2, 4	-,709	,521	,0078	S
2, 5	-,127	,504	,6217	
2, 6	,077	,616	,8059	
3, 4	-,117	,379	,5451	
3, 5	,466	,356	,0104	S
3, 6	,669	,501	,0090	S
4, 5	,582	,383	,0030	S
4, 6	,786	,521	,0033	S
5, 6	,203	,504	,4277	

Tableau ANOVA pour Ech17

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	13,894	2,779	2,491	,0316	12,454	,779
Résidu	274	305,674	1,116				

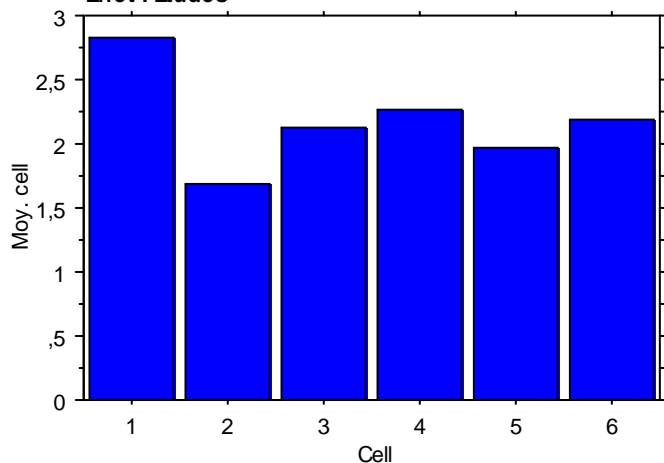
Tableau de moyennes pour Ech17

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,833	1,467	,423
2	26	1,692	1,011	,198
3	80	2,125	1,048	,117
4	60	2,267	1,191	,154
5	76	1,974	,909	,104
6	26	2,192	,981	,192

Graphique des interactions pour Ech17

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech17

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	1,141	,726	,0022	S
1, 3	,708	,644	,0311	S
1, 4	,567	,658	,0909	
1, 5	,860	,646	,0093	S
1, 6	,641	,726	,0832	
2, 3	-,433	,469	,0707	
2, 4	-,574	,488	,0213	S
2, 5	-,281	,472	,2420	
2, 6	-,500	,577	,0890	
3, 4	-,142	,355	,4329	
3, 5	,151	,333	,3719	
3, 6	-,067	,469	,7779	
4, 5	,293	,359	,1094	
4, 6	,074	,488	,7645	
5, 6	-,219	,472	,3631	

Tableau ANOVA pour Ech19

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	9,059	1,812	1,582	,1651	7,912	,542
Résidu	274	313,709	1,145				

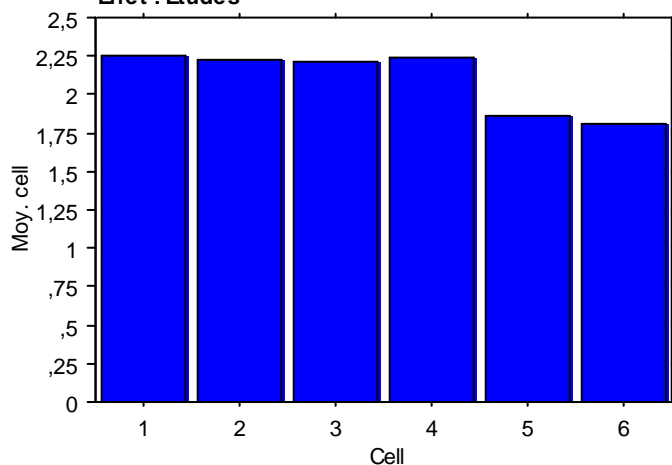
Tableau de moyennes pour Ech19

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,250	1,288	,372
2	26	2,231	1,177	,231
3	80	2,212	1,133	,127
4	60	2,233	1,140	,147
5	76	1,868	,854	,098
6	26	1,808	1,059	,208

Graphique des interactions pour Ech19

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech19

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,019	,735	,9590	
1, 3	,038	,652	,9099	
1, 4	,017	,666	,9608	
1, 5	,382	,654	,2520	
1, 6	,442	,735	,2373	
2, 3	,018	,476	,9398	
2, 4	-,003	,495	,9919	
2, 5	,362	,479	,1372	
2, 6	,423	,584	,1551	
3, 4	-,021	,360	,9093	
3, 5	,344	,337	,0457	S
3, 6	,405	,476	,0949	
4, 5	,365	,364	,0493	S
4, 6	,426	,495	,0914	
5, 6	,061	,479	,8029	

Tableau ANOVA pour Ech20

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	10,442	2,088	1,921	,0909	9,607	,642
Résidu	274	297,829	1,087				

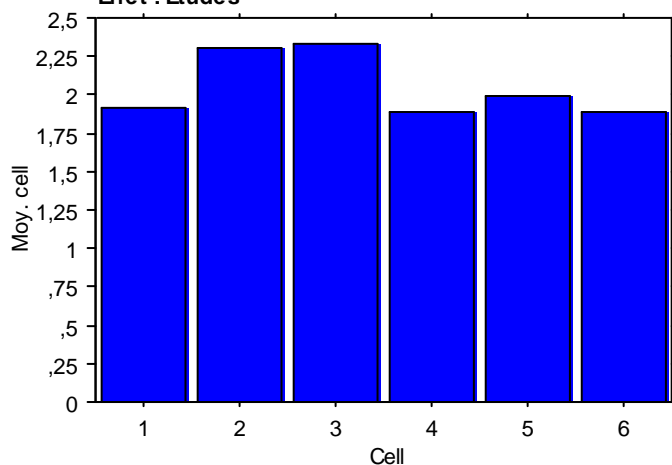
Tableau de moyennes pour Ech20

Effet : Etudes

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	1,917	,996	,288
2	26	2,308	1,225	,240
3	80	2,325	1,156	,129
4	60	1,883	,846	,109
5	76	1,987	1,000	,115
6	26	1,885	1,033	,202

Graphique des interactions pour Ech20

Effet : Etudes



Test PLSD de Fisher pour Ech20

Effet : Etudes

Niveau de significativité : 5 %

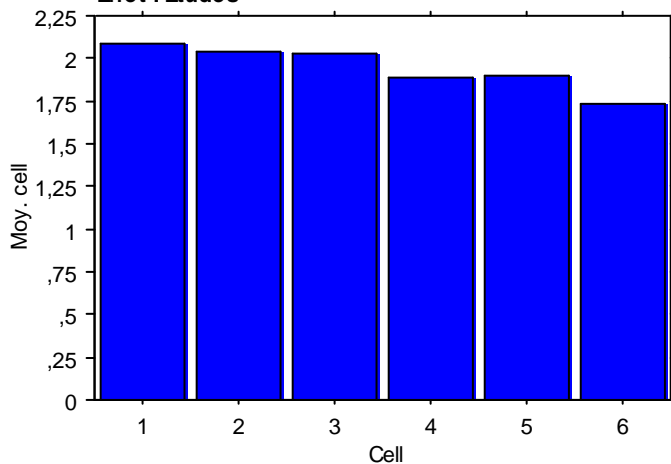
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,391	,716	,2835	
1, 3	-,408	,635	,2069	
1, 4	,033	,649	,9195	
1, 5	-,070	,638	,8286	
1, 6	,032	,716	,9299	
2, 3	-,017	,463	,9414	
2, 4	,424	,482	,0841	
2, 5	,321	,466	,1767	
2, 6	,423	,569	,1446	
3, 4	,442	,351	,0137	S
3, 5	,338	,329	,0438	S
3, 6	,440	,463	,0624	
4, 5	-,104	,354	,5658	
4, 6	-,001	,482	,9958	
5, 6	,102	,466	,6664	

Tableau ANOVA pour Ech21

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	2,558	,512	,642	,6677	3,211	,228
Résidu	274	218,285	,797				

Tableau de moyennes pour Ech21**Effet : Etudes**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	2,083	,793	,229
2	26	2,038	,824	,162
3	80	2,025	,981	,110
4	60	1,883	,904	,117
5	76	1,895	,826	,095
6	26	1,731	,874	,171

Graphique des interactions pour Ech21**Effet : Etudes****Test PLSD de Fisher pour Ech21****Effet : Etudes****Niveau de significativité : 5 %**

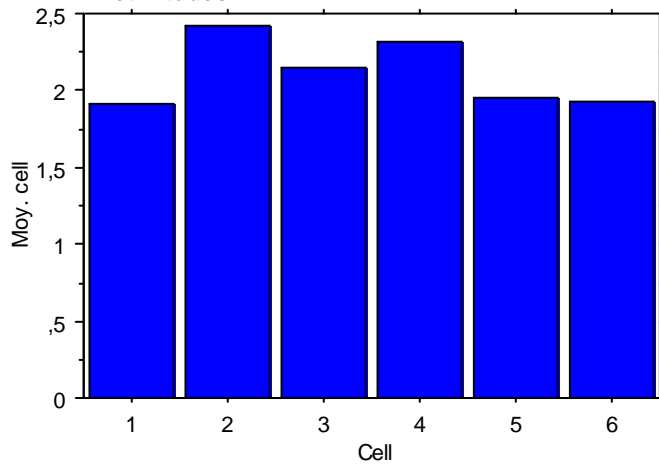
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,045	,613	,8856
1, 3	,058	,544	,8330
1, 4	,200	,556	,4792
1, 5	,189	,546	,4969
1, 6	,353	,613	,2587
2, 3	,013	,397	,9468
2, 4	,155	,413	,4598
2, 5	,144	,399	,4791
2, 6	,308	,487	,2150
3, 4	,142	,300	,3535
3, 5	,130	,281	,3630
3, 6	,294	,397	,1454
4, 5	-,011	,303	,9411
4, 6	,153	,413	,4672
5, 6	,164	,399	,4195

Tableau ANOVA pour Ech22

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Etudes	5	8,543	1,709	1,857	,1020	9,286	,624
Résidu	274	252,082	,920				

Tableau de moyennes pour Ech22**Effet : Etudes**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	12	1,917	1,240	,358
2	26	2,423	1,102	,216
3	80	2,150	,943	,105
4	60	2,317	1,066	,138
5	76	1,947	,831	,095
6	26	1,923	,796	,156

Graphique des interactions pour Ech22**Effet : Etudes****Test PLSD de Fisher pour Ech22****Effet : Etudes****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	-,506	,659	,1315	
1, 3	-,233	,585	,4327	
1, 4	-,400	,597	,1884	
1, 5	-,031	,587	,9180	
1, 6	-,006	,659	,9847	
2, 3	,273	,426	,2083	
2, 4	,106	,443	,6369	
2, 5	,476	,429	,0299	S
2, 6	,500	,524	,0612	
3, 4	-,167	,322	,3098	
3, 5	,203	,302	,1883	
3, 6	,227	,426	,2956	
4, 5	,369	,326	,0266	S
4, 6	,394	,443	,0816	
5, 6	,024	,429	,9113	

VII.4.5. Résultats suivant le Contact avec les Personnes Handicapées :

Tout comme pour les variables Age et Sexe, le « Contact avec les personnes handicapées » n'indiquent pas, sur les 22 échelles, une différence significative entre les moyennes des personnes en Contact avec les handicapés et celles des personnes Sans Contacts directs avec les handicapés, à un seuil de 5%.

Tableau ANOVA pour Ech1

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	87,271	43,635	47,265	<,0001	94,531	1,000
Résidu	277	255,726	,923				

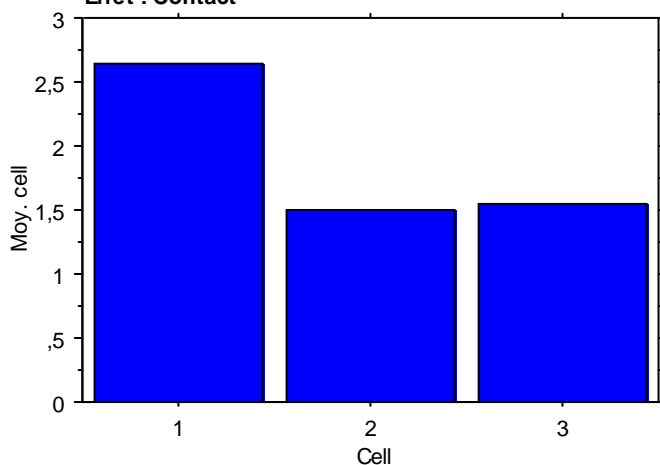
Tableau de moyennes pour Ech1

Effet : Contact

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,634	1,175	,106
2	120	1,500	,799	,073
3	37	1,541	,558	,092

Graphique des interactions pour Ech1

Effet : Contact



Test PLSD de Fisher pour Ech1

Effet : Contact

Niveau de significativité : 5 %

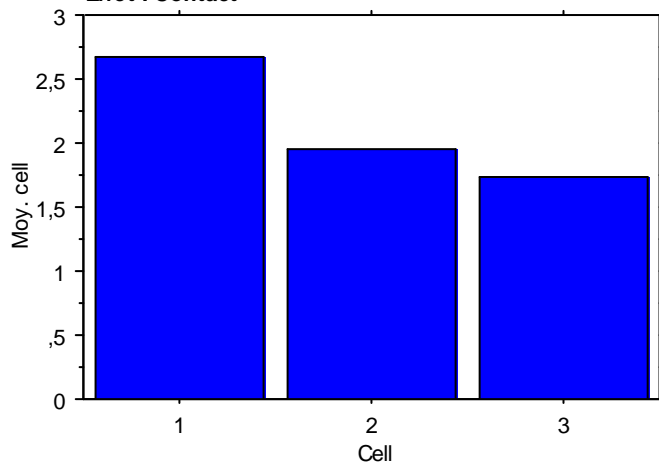
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	1,134	,243	<,0001	S
1, 3	1,094	,355	<,0001	S
2, 3	-,041	,356	,8226	

Tableau ANOVA pour Ech2

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	41,546	20,773	34,784	<,0001	69,568	1,000
Résidu	277	165,422	,597				

Tableau de moyennes pour Ech2**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,667	,929	,084
2	120	1,958	,666	,061
3	37	1,730	,450	,074

Graphique des interactions pour Ech2**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech2****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

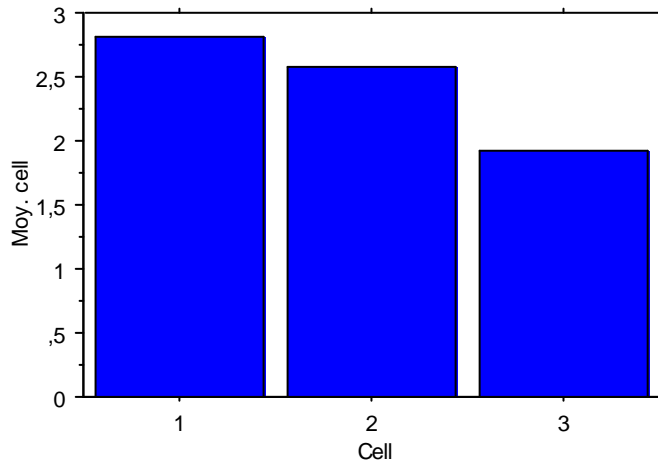
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,708	,195	<,0001	S
1, 3	,937	,285	<,0001	S
2, 3	,229	,286	,1168	

Tableau ANOVA pour Ech3

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	22,774	11,387	25,310	<,0001	50,620	1,000
Résidu	277	124,623	,450				

Tableau de moyennes pour Ech3**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,813	,717	,065
2	120	2,583	,616	,056
3	37	1,919	,682	,112

Graphique des interactions pour Ech3**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech3****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,230	,169	,0081	S
1, 3	,894	,248	<,0001	S
2, 3	,664	,248	<,0001	S

Tableau ANOVA pour Ech4

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	9,040	4,520	6,144	,0025	12,287	,901
Résidu	277	203,785	,736				

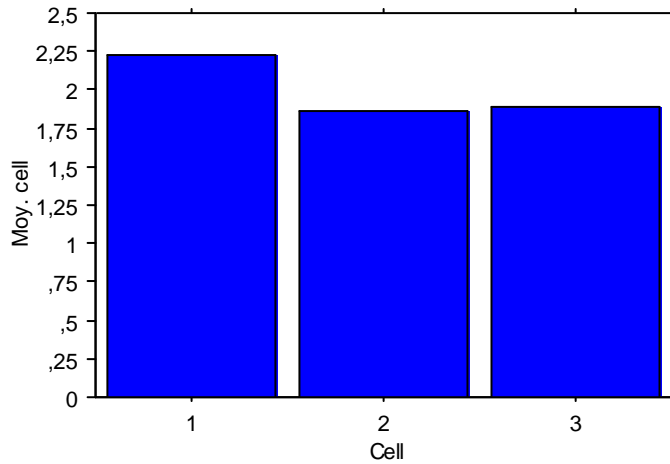
Tableau de moyennes pour Ech4

Effet : Contact

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,228	,930	,084
2	120	1,858	,781	,071
3	37	1,892	,843	,139

Graphique des interactions pour Ech4

Effet : Contact



Test PLSD de Fisher pour Ech4

Effet : Contact

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,369	,217	,0009	S
1, 3	,336	,317	,0377	S
2, 3	-,034	,318	,8353	

Tableau ANOVA pour Ech5

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	5,095	2,548	3,867	,0221	7,734	,696
Résidu	277	182,491	,659				

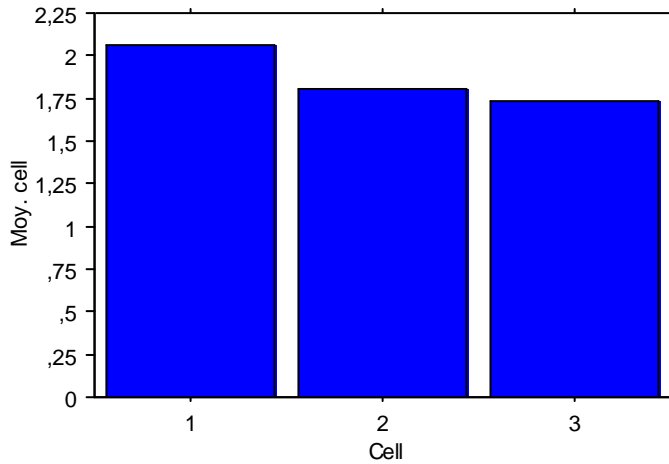
Tableau de moyennes pour Ech5

Effet : Contact

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,057	,935	,084
2	120	1,808	,677	,062
3	37	1,730	,769	,126

Graphique des interactions pour Ech5

Effet : Contact



Test PLSD de Fisher pour Ech5

Effet : Contact

Niveau de significativité : 5 %

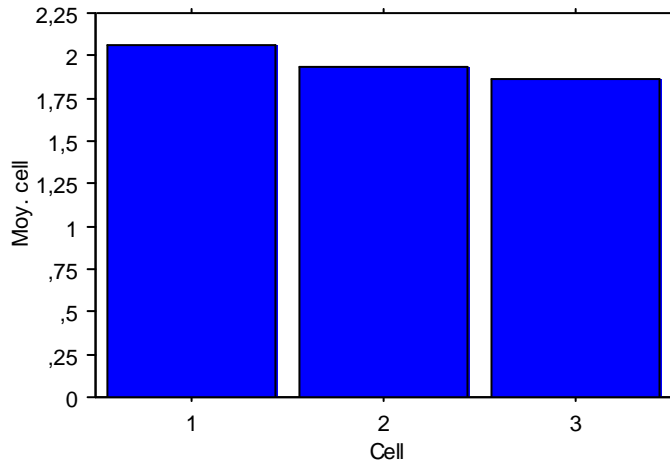
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,249	,205	,0177	S
1, 3	,327	,300	,0324	S
2, 3	,079	,300	,6070	

Tableau ANOVA pour Ech6

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	1,640	,820	1,239	,2912	2,479	,258
Résidu	277	183,271	,662				

Tableau de moyennes pour Ech6**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,065	,856	,077
2	120	1,933	,775	,071
3	37	1,865	,787	,129

Graphique des interactions pour Ech6**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech6****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

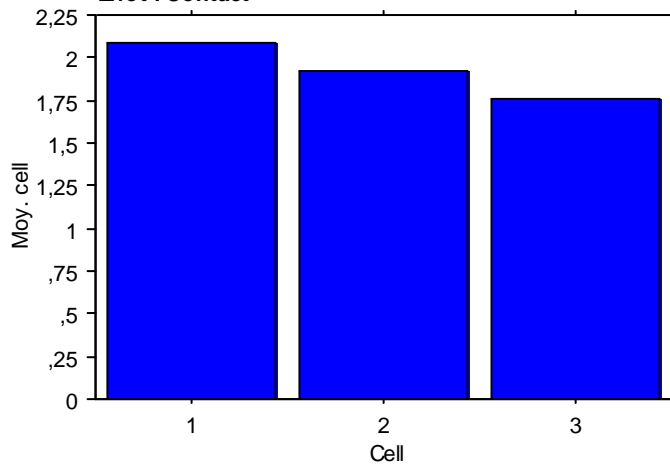
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,132	,205	,2080
1, 3	,200	,300	,1904
2, 3	,068	,301	,6548

Tableau ANOVA pour Ech7

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	3,449	1,724	2,092	,1254	4,184	,415
Résidu	277	228,323	,824				

Tableau de moyennes pour Ech7**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,081	1,053	,095
2	120	1,925	,801	,073
3	37	1,757	,683	,112

Graphique des interactions pour Ech7**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech7****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

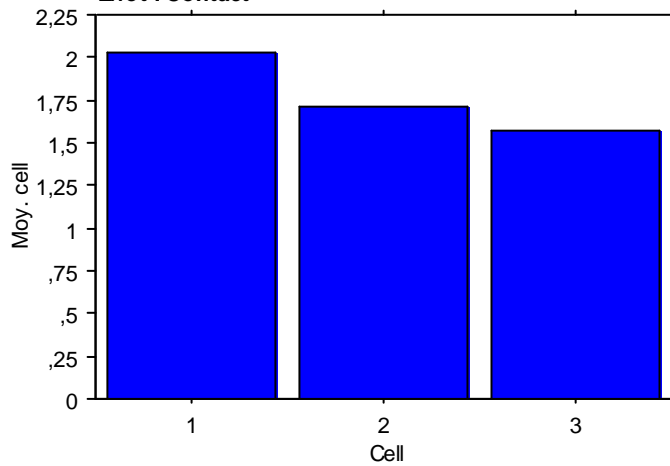
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,156	,229	,1808
1, 3	,325	,335	,0576
2, 3	,168	,336	,3253

Tableau ANOVA pour Ech8

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	8,736	4,368	5,644	,0040	11,288	,870
Résidu	277	214,375	,774				

Tableau de moyennes pour Ech8**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,024	1,036	,093
2	120	1,717	,747	,068
3	37	1,568	,689	,113

Graphique des interactions pour Ech8**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech8****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

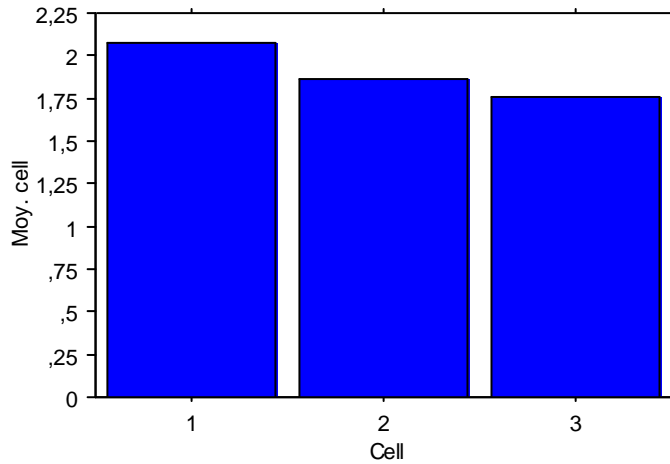
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,308	,222	,0068	S
1, 3	,457	,325	,0060	S
2, 3	,149	,326	,3682	

Tableau ANOVA pour Ech9

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	4,067	2,033	2,125	,1213	4,251	,421
Résidu	277	265,019	,957				

Tableau de moyennes pour Ech9**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,073	1,088	,098
2	120	1,867	,907	,083
3	37	1,757	,796	,131

Graphique des interactions pour Ech9**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech9****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

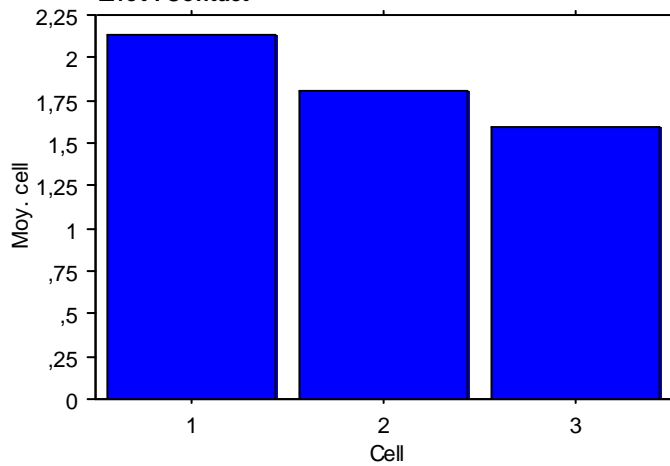
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
1, 2	,207	,247	,1010
1, 3	,316	,361	,0856
2, 3	,110	,362	,5506

Tableau ANOVA pour Ech10

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	11,502	5,751	7,151	,0009	14,302	,944
Résidu	277	222,769	,804				

Tableau de moyennes pour Ech10**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,138	1,074	,097
2	120	1,800	,729	,067
3	37	1,595	,725	,119

Graphique des interactions pour Ech10**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech10****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

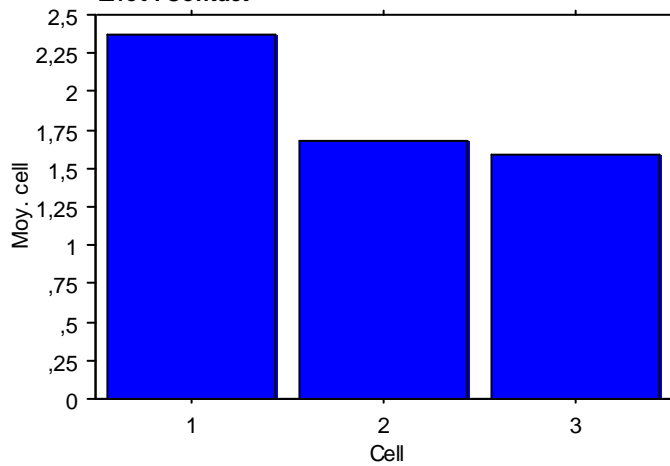
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,338	,227	,0036	S
1, 3	,544	,331	,0014	S
2, 3	,205	,332	,2242	

Tableau ANOVA pour Ech11

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	34,349	17,175	15,475	<,0001	30,950	1,000
Résidu	277	307,422	1,110				

Tableau de moyennes pour Ech11**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,366	1,301	,117
2	120	1,683	,830	,076
3	37	1,595	,725	,119

Graphique des interactions pour Ech11**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech11****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

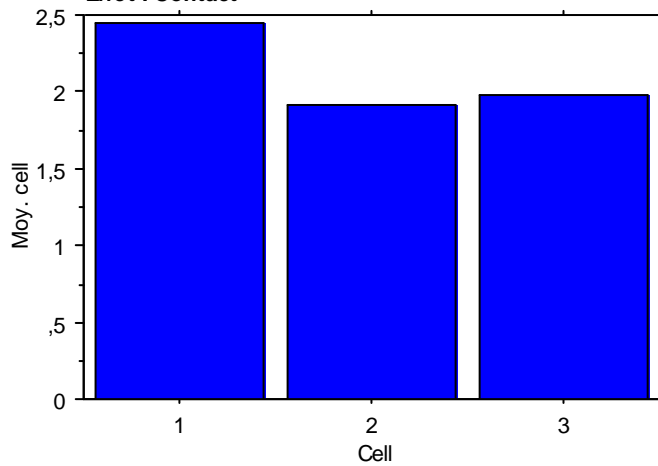
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,683	,266	<,0001	S
1, 3	,771	,389	,0001	S
2, 3	,089	,390	,6545	

Tableau ANOVA pour Ech12

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	19,025	9,513	8,049	,0004	16,098	,968
Résidu	277	327,371	1,182				

Tableau de moyennes pour Ech12**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,447	1,319	,119
2	120	1,908	,879	,080
3	37	1,973	,799	,131

Graphique des interactions pour Ech12**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech12****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

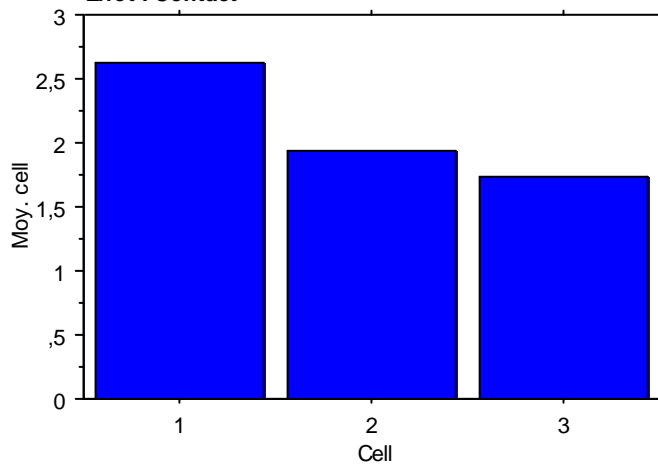
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,539	,275	,0001	S
1, 3	,474	,401	,0207	S
2, 3	-,065	,402	,7521	

Tableau ANOVA pour Ech13

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	38,457	19,229	14,933	<,0001	29,866	1,000
Résidu	277	356,686	1,288				

Tableau de moyennes pour Ech13**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,626	1,333	,120
2	120	1,942	1,007	,092
3	37	1,730	,732	,120

Graphique des interactions pour Ech13**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech13****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

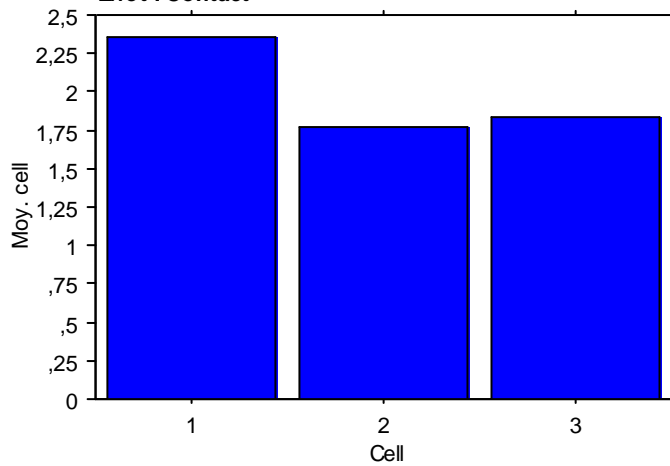
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,684	,287	<,0001	S
1, 3	,896	,419	<,0001	S
2, 3	,212	,420	,3215	

Tableau ANOVA pour Ech14

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	22,356	11,178	10,245	<,0001	20,491	,993
Résidu	277	302,212	1,091				

Tableau de moyennes pour Ech14**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,358	1,242	,112
2	120	1,775	,864	,079
3	37	1,838	,834	,137

Graphique des interactions pour Ech14**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech14****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

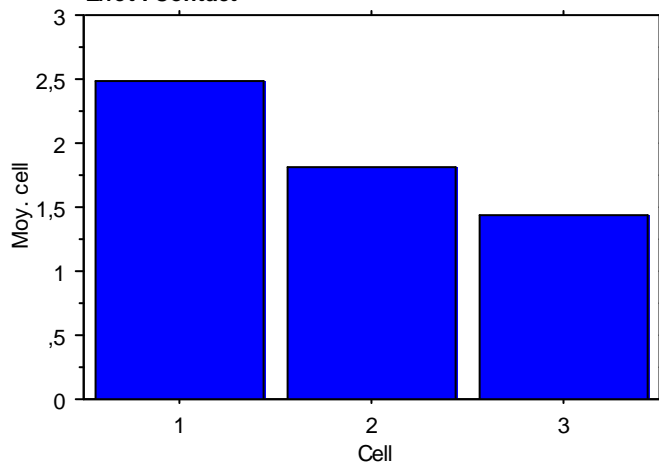
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,583	,264	<,0001	S
1, 3	,520	,386	,0084	S
2, 3	-,063	,387	,7493	

Tableau ANOVA pour Ech15

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	43,824	21,912	21,962	<,0001	43,924	1,000
Résidu	277	276,372	,998				

Tableau de moyennes pour Ech15**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,480	1,250	,113
2	120	1,808	,792	,072
3	37	1,432	,555	,091

Graphique des interactions pour Ech15**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech15****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,671	,252	<,0001	S
1, 3	1,047	,369	<,0001	S
2, 3	,376	,370	,0463	S

Tableau ANOVA pour Ech16

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	51,373	25,686	22,162	<,0001	44,324	1,000
Résidu	277	321,052	1,159				

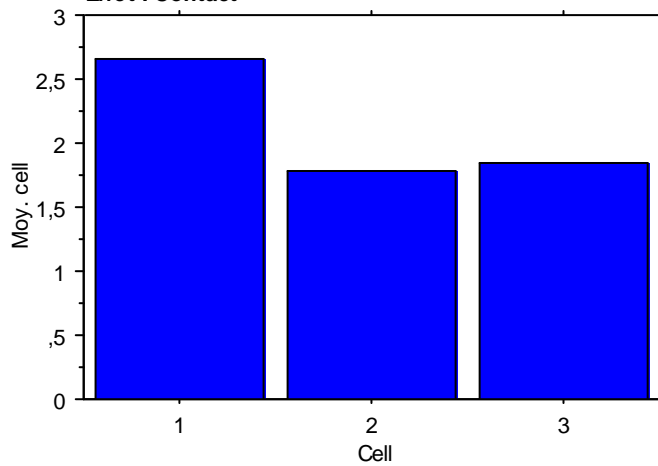
Tableau de moyennes pour Ech16

Effet : Contact

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,659	1,366	,123
2	120	1,783	,758	,069
3	37	1,838	,834	,137

Graphique des interactions pour Ech16

Effet : Contact



Test PLSD de Fisher pour Ech16

Effet : Contact

Niveau de significativité : 5 %

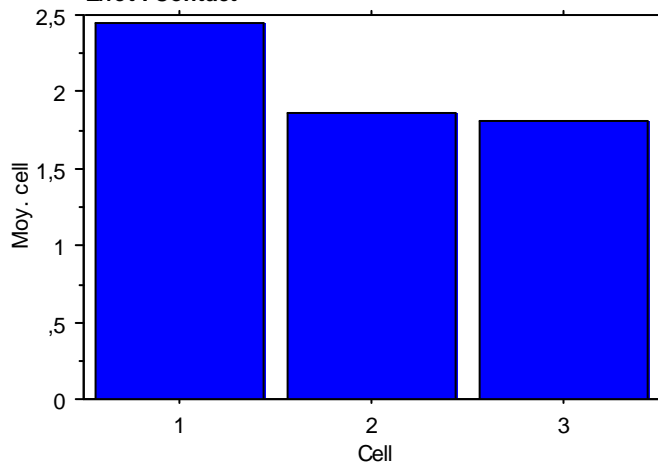
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,875	,272	<,0001	S
1, 3	,821	,397	<,0001	S
2, 3	-,055	,399	,7880	

Tableau ANOVA pour Ech17

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	24,894	12,447	11,700	<,0001	23,401	,998
Résidu	277	294,674	1,064				

Tableau de moyennes pour Ech17**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,447	1,282	,116
2	120	1,858	,759	,069
3	37	1,811	,845	,139

Graphique des interactions pour Ech17**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech17****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

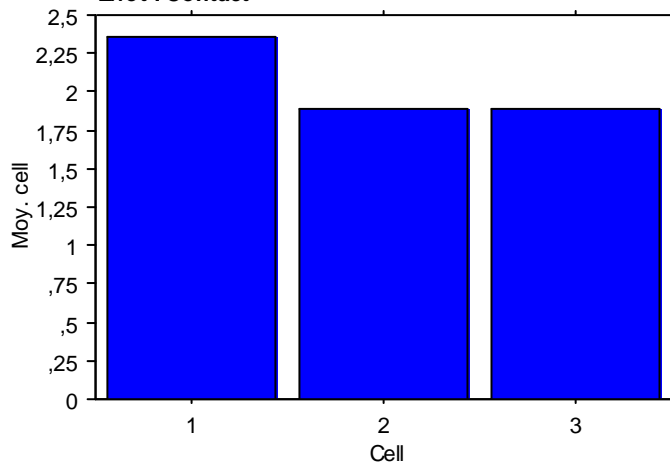
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,589	,261	<,0001	S
1, 3	,636	,381	,0011	S
2, 3	,048	,382	,8066	

Tableau ANOVA pour Ech18

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	15,391	7,696	8,069	,0004	16,137	,968
Résidu	277	264,194	,954				

Tableau de moyennes pour Ech18**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,358	1,139	,103
2	120	1,883	,852	,078
3	37	1,892	,737	,121

Graphique des interactions pour Ech18**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech18****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

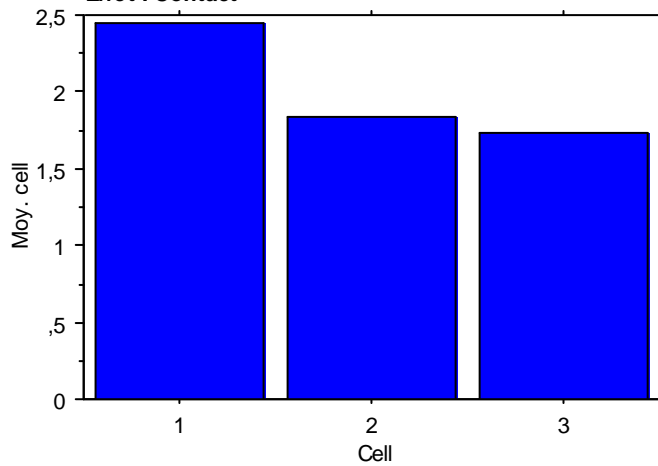
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,474	,247	,0002	S
1, 3	,466	,360	,0115	S
2, 3	-,009	,362	,9629	

Tableau ANOVA pour Ech19

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	28,397	14,199	13,361	<,0001	26,722	,999
Résidu	277	294,370	1,063				

Tableau de moyennes pour Ech19**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,447	1,209	,109
2	120	1,833	,892	,081
3	37	1,730	,769	,126

Graphique des interactions pour Ech19**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech19****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

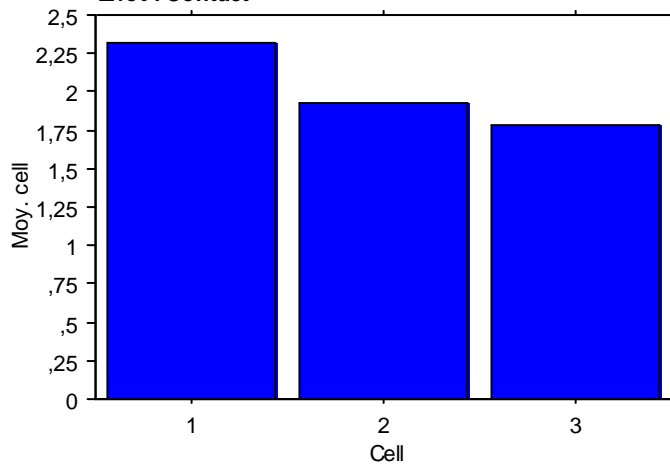
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,614	,260	<,0001	S
1, 3	,717	,381	,0002	S
2, 3	,104	,382	,5935	

Tableau ANOVA pour Ech20

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	13,042	6,521	6,118	,0025	12,237	,899
Résidu	277	295,229	1,066				

Tableau de moyennes pour Ech20**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,317	1,176	,106
2	120	1,925	,963	,088
3	37	1,784	,672	,111

Graphique des interactions pour Ech20**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech20****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,392	,261	,0033	S
1, 3	,533	,381	,0063	S
2, 3	,141	,382	,4676	

Tableau ANOVA pour Ech21

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	10,516	5,258	6,925	,0012	13,849	,936
Résidu	277	210,327	,759				

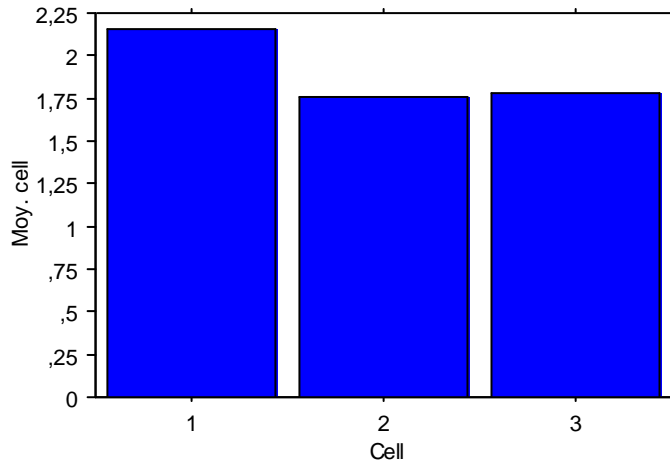
Tableau de moyennes pour Ech21

Effet : Contact

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,154	1,109	,100
2	120	1,758	,622	,057
3	37	1,784	,630	,104

Graphique des interactions pour Ech21

Effet : Contact



Test PLSD de Fisher pour Ech21

Effet : Contact

Niveau de significativité : 5 %

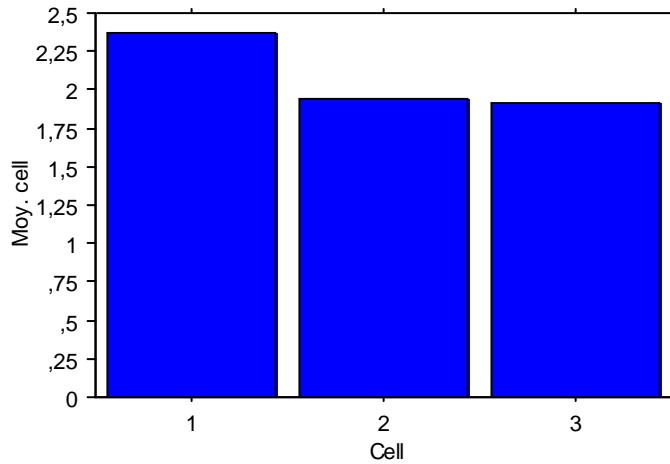
	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,396	,220	,0005	S
1, 3	,371	,322	,0241	S
2, 3	-,025	,323	,8767	

Tableau ANOVA pour Ech22

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Contact	2	12,740	6,370	7,118	,0010	14,236	,943
Résidu	277	247,885	,895				

Tableau de moyennes pour Ech22**Effet : Contact**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	123	2,366	1,140	,103
2	120	1,942	,748	,068
3	37	1,919	,795	,131

Graphique des interactions pour Ech22**Effet : Contact****Test PLSD de Fisher pour Ech22****Effet : Contact****Niveau de significativité : 5 %**

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p	
1, 2	,424	,239	,0006	S
1, 3	,447	,349	,0123	S
2, 3	,023	,350	,8983	