

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

\*\*\*\*\*

Paix - Travail - Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

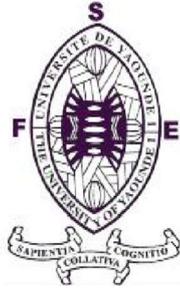
CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT D'EDUCATION  
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

\*\*\*\*\*

Peace - Work - Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH CENTRE AND  
TRAINING SCHOOL IN SOCIAL AND  
EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH AND  
TRAINING SCHOOL IN EDUCATION  
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT OF SPECIALIZED  
EDUCATION

MARGINALISATION DES PERSONNES  
VIVANT AVEC UN HANDICAP MOTEUR À  
YAOUNDE I ET PARTICIPATION AU  
DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE.

*Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences de  
l'Education.*

**Option :** Intervention et Action Communautaire

Par :

**MEYONGO NDJANA Etienne Lionel**

*Licencié en Philosophie*

Matricule : 21V3554

Sous la direction du

**Pr EBALE MONEZE Chandel**



Juillet, 2024

# SOMMAIRE

DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE .....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	22
CHAPITRE 3 : L'APPROCHE THÉORIQUE.....	38
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE..	52
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	53
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	68
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PLAN D'ACTION ET SUIVI-EVALUATION.....	98
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	109
RÉFÉRENCES.....	111
QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE .....	132
TABLE DES MATIÈRES .....	128

A

Mon feu père,

NDJANA MEYONGO Lucas

## REMERCIEMENTS

Au terme de ce modeste travail de recherche, nous adressons des remerciements :

Au professeur EBALE MONEZE Chandel qui a accepté de diriger ce travail. Sa disponibilité et ses multiples conseils ont permis de l'achever ;

À tous les enseignants du Département de l'Éducation Spécialisée de l'Université de Yaoundé I, et plus particulièrement ceux de la spécialité « Intervention et Action Communautaire » pour leurs enseignements et leurs conseils ;

À Madame Christine MENOUNA EKANI et Monsieur Esaïe Frédéric SONG pour leurs conseils durant la réalisation de ce travail ;

À ma maman Léocadie KOUNI qui m'a toujours encouragé à travailler très dur pour réussir.

À Mme Roseline MEYONGO BILOA et Mme Lydie Nadège MEYONGO EYENGA et M. François Jude MEYONGO NAMA pour leurs soutiens et encouragements ;

À M. Didier BIPAK BIKELE pour son soutien moral et spirituel ;

À tous les membres de la famille MEYONGO pour les soutiens de toute nature ;

À tous nos camarades et amis, particulièrement Ado MBARGA, Stéphane ATEBA, Christelle NKOU, Yvette EENGA, Adolph MBASSI, pour le soutien et l'encouragement ;

En associant à cet hommage tous ceux qui pensent avoir contribué de quelque manière que ce soit à la réalisation de ce modeste travail.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES**

<b>ANAJEHCAM</b>	: Association Nationale des Jeunes Handicapés du Cameroun
<b>BUCREP</b>	: Bureau Central des Recensements et d'Études de Population
<b>CIDIH</b>	: Classification Internationale des Déficiences, Incapacités Handicaps
<b>CIF</b>	: Classification Internationale du Fonctionnement
<b>CNRPH</b>	: Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées
<b>CNRS</b>	: Centre National de la Recherche Scientifique
<b>CU</b>	: Communauté Urbaine
<b>ECAM</b>	: Enquête Camerounaise auprès des Ménages
<b>EDS-MIC</b>	: Enquête Démographique et de Santé- enquête à indicateurs multiples
<b>INS</b>	: Institut National de la Statistique
<b>INSEE</b>	: Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<b>IPIS</b>	: Institut des Politiques et Initiatives Sociales
<b>IRM</b>	: Imagerie par Résonance Magnétique
<b>MDH-PPH</b>	: Modèle de Développement Humain- Processus de Production du Handicap
<b>MINAS</b>	: Ministère des Affaires Sociales
<b>MINATD</b>	: Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation

<b>MINEFOP</b>	: Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
<b>MINEPAT</b>	: Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
<b>MINSANTE</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation non Gouvernementale
<b>ONU</b>	: Organisation des Nations Unies
<b>PDU</b>	: Plan de Développement Urbain
<b>PIAP</b>	: Programme Intégré pour l'Amélioration de la qualité de vie des Personnes vivant avec le handicap
<b>PPH</b>	: Processus de Production du Handicap
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RIPPH</b>	: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap
<b>S.D</b>	: Sans Date
<b>SMIG</b>	: Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
<b>STECY</b>	: Société de Transport et d'Équipements Collectifs de Yaoundé
<b>UNESCO</b>	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Modèle de développement humain et processus de production du handicap (MDH- PPH2) (Fougeyrollas, 2010). .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Tableau 2</b> : Plan factoriel .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Tableau 4</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du sexe .....	68
<b>Tableau 5</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge.....	69
<b>Tableau 6</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial .....	69
<b>Tableau 7</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du statut socioprofessionnel.....	70
<b>Tableau 8</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction.....	70
<b>Tableau 9</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de l'implication dans les activités .....	71
<b>Tableau 10</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de l'item n°7.....	72
<b>Tableau 11</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du manque d'accessibilité. ....	72
<b>Tableau 12</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 9.....	73
<b>Tableau 13</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du poste de responsabilité dans la communauté.....	74
<b>Tableau 14</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des préjugés.....	74
<b>Tableau 15</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des comportements discriminatoires .....	75
<b>Tableau 16</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de l'isolement social .....	76
<b>Tableau 17</b> : Répartition de l'échantillon en fonction d'inclusion social. ....	76
<b>Tableau 18</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du rôle de l'éducation.....	77
<b>Tableau 19</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de la constatation des faits positifs. ....	78
<b>Tableau 20</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des outils d'appui.....	79
<b>Tableau 21</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des transports en commun.....	79
<b>Tableau 22</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des difficultés à accéder aux bâtiments publics .....	80
<b>Tableau 23</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des aménagements spécifiques . ....	81
<b>Tableau 24</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du travail.....	81
<b>Tableau 25</b> : Répartition de l'échantillon en fonction du recrutement dans les entreprises.....	82
<b>Tableau 26</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des employeurs.....	83
<b>Tableau 27</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des discriminations.....	83
<b>Tableau 28</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 25.....	84
<b>Tableau 29</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des activités .....	85
<b>Tableau 30</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de la communication des organisations communautaires. ....	85
<b>Tableau 31</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des difficultés à participer à l'amélioration de votre communauté.....	86
<b>Tableau 32</b> : Répartition de l'échantillon en fonction des propositions sur l'accessibilité des bâtiments.....	87
<b>Tableau 33</b> : Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 30.....	87
<b>Tableau 35</b> : Tableau croisé item 12 et item 26 .....	90
<b>Tableau 36</b> : Résultats du Khi-deux pour HR1 .....	91
<b>Tableau 37</b> : Tableau croisé item 20 et item 28 .....	92
<b>Tableau 38</b> : Résultats du Khi-deux pour HR2 .....	93
<b>Tableau 39</b> : Tableau croisé item 22 et item 30 .....	94
<b>Tableau 40</b> : Résultats du Khi-deux pour HR3 .....	95
<b>Tableau 41</b> : Récapitulatif de la vérification des hypothèses de recherche.....	97

## RÉSUMÉ

Le présent mémoire est intitulé : « Marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I et participation au développement communautaire ». Les personnes en situation de handicap sont parfois victime de stigmatisation et confrontées à des obstacles tels que l'accès limité aux infrastructures de transport, aux bâtiments publics et aux emplois. Visiblement elles sont marginalisées relativement à la participation au développement communautaire en raison des barrières physiques et sociales. Pourtant de nombreux textes de la loi camerounaise, de droits humains et de développement durable soulignent la nécessité de garantir leur inclusion dans le contexte de développement communautaire. Or le constat qui découle des observations sus-évoquées relève un manque de congruence.

Le présent travail a pour objectif d'étudier l'incidence de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire. D'où la question principale suivante : « La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite-t-elle leur participation au développement communautaire ? ». Pour y répondre, l'hypothèse générale suivante a été formulée : « La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire ».

Pour vérifier ces hypothèses, un questionnaire a été administré à un échantillon de 150 participants sélectionnés suivant la méthode du choix accidentel ou par convenance. Le dépouillement des questionnaires et le traitement statistique ont été analysés à l'aide du test de Khi-deux de Bravais-Pearson. Les conclusions sont les suivantes :

Pour HR1,  $\alpha = 0.05$ , ddl = 16,  $X^2_{cal} = 433,416 > X^2_{lu} = 26,30$  d'où HR1 est confirmée.

Pour HR2,  $\alpha = 0.05$ , ddl = 16,  $X^2_{cal} = 360,424 > X^2_{lu} = 26,30$  d'où HR2 est confirmée.

Pour HR3,  $\alpha = 0.05$ , ddl = 16,  $X^2_{cal} = 431,739 > X^2_{lu} = 26,30$  d'où HR3 est confirmée.

Ces conclusions impliquent que « La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire ».

Mots clés : marginalisation, personnes vivant de handicap, handicap moteur, participation, développement communautaire.

## ABSTRACT

This dissertation is entitled: “Marginalization of people living with motor disabilities in Yaoundé I and participation in community development”. People with disabilities sometimes face stigma and face obstacles such as limited access to transport infrastructure, public buildings and jobs. Obviously they are marginalized from participation in community development due to physical and social barriers. However, numerous texts of Cameroonian law, human rights and sustainable development emphasize the need to guarantee their inclusion in the context of community development. However, the observation that arises from the above-mentioned observations reveals a lack of congruence.

The objective of this work is to study the impact of the marginalization of people living with motor disabilities in Yaoundé I on participation in community development. Hence the following main question: “Does the marginalization of people living with motor disabilities in Yaoundé I limit their participation in community development?” To answer this, the following general hypothesis was formulated: “The marginalization of people living with motor disabilities in Yaoundé I limits their participation in community development.”

To verify these hypotheses, a questionnaire was administered to a sample of 150 participants selected using the method of accidental choice or by convenience. The processing of the questionnaires and the statistical processing were analyzed using the Brallais-Pearson chi-square test. The conclusions are as follows:

For HR1,  $\alpha = 0.05$ ,  $ddl = 16$ ,  $X^2_{cal} = 433,416 > X^2_{lu} = 26, 30$  hence HR1 is confirmed.

For HR2,  $\alpha = 0.05$ ,  $ddl = 16$ ,  $X^2_{cal} = 360,424 > X^2_{lu} = 26, 30$  hence HR2 is confirmed.

For HR3,  $\alpha = 0.05$ ,  $ddl = 16$ ,  $X^2_{cal} = 431,739 > X^2_{lu} = 26, 30$  hence HR3 is confirmed.

Motor in Yaoundé I limits their participation in community development.

**Keywords:** marginalization, people living with disabilities, motor disabilities, participation, community development.

## INTRODUCTION

Au cours de notre Histoire, nous avons assisté à un véritable changement de mentalité à l'égard des personnes handicapées et de nombreuses lois en faveur de l'insertion de ces personnes sont entrées en vigueur. Nous sommes passés progressivement de l'assistance de la personne handicapée et fragile à leur reconnaissance comme des citoyens comme les autres. L'objet de ce mémoire porte sur l'étude de l'incidence de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur sur la participation au développement de la communauté géographique de Yaoundé I. Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population des personnes handicapées au Cameroun s'élève à 1,5% de la population totale, soit 262 119 personnes handicapées sur une population totale de 17 463 836 d'habitants (BUCREP, 2010). En effet, La survenue du handicap dans la vie d'une personne est un évènement imprévisible et non envisageable, bien que l'accident et la maladie soient des éventualités plausibles. À la suite d'un accident ou d'une maladie, il arrive que certaines personnes soient amenées à vivre avec des séquelles invalidantes qui conduisent à des situations qui vont de la paralysie à l'amputation des membres inférieurs. Pour la majorité des cas de paralysie des membres inférieurs, la déficience motrice est irréversible. Dès lors que l'institution existe, le passage par celle-ci devient inévitable dans la perspective d'une éventuelle adaptation à la modification corporelle ; d'abord, à l'hôpital, pour un traitement médico-chirurgical, ensuite, au Centre de Rééducation en vue d'une réparation et/ou d'une rééducation du ou des membres. La sortie du Centre se fait presque toujours dans un fauteuil roulant. Chacune de ces institutions de prise en charge du handicap a un objet qui fait sa spécificité. Les travaux de Ravaud (2019), indique que si l'objet de l'institution hospitalière dans la prise en charge de la personne en incapacité motrice est la maladie ou le traumatisme à l'origine de la déficience motrice, l'institution de rééducation, quant à elle, a pour objet la réparation du corps et la réadaptation de la personne. Or, il se trouve qu'aucune des deux ne prend en compte les conséquences socio-économiques du handicap. Autrement dit, la spécialisation médicale de l'une et de l'autre empêche une prise en compte de la globalité du problème de l'incapacité motrice. Pourtant, l'incapacité motrice entraîne tout un ensemble de modifications physiologiques et fonctionnelles qui, au-delà de la personne même, posent des questions sur la participation au développement communautaire. La formation, l'éducation, l'adaptation environnementale, ainsi que l'accès aux emplois jouent un rôle déterminant dans la participation au développement communautaire, induisant une réorientation et une requalification des rapports avec la société. Cette modification, qui influe sur l'autonomisation

socio-économique des personnes vivant avec un handicap, va, à la longue, influencer la trajectoire de la participation au développement communautaire. Ainsi, l'incapacité motrice semble entraîner une rupture, une interruption soudaine, une immédiateté du changement, qui n'est pas simplement une rupture du corps, mais toute une rupture sociale avec la vie passée sur le plan personnel, familial et socioprofessionnel.

Pourtant, les personnes en situation de handicap elles-mêmes, en tant que représentantes de la société civile, doivent jouer un rôle central pour s'assurer que leurs droits se traduisent en mesures concrètes qui améliorent réellement leur qualité de vie dans la communauté. Notre étude vise à promouvoir la pleine participation des personnes handicapées, dans tous les domaines et tous les niveaux.

Les différentes recherches antérieures ont rapidement considéré que l'objectif du développement communautaire est d'assurer à l'échelle locale la prise en compte des personnes en situation de handicap dans les stratégies de développement, et améliorer leur participation citoyenne et l'exercice de leurs droits. À la croisée du développement communautaire, ces initiatives interviennent sur une échelle de proximité qui permet d'aborder le handicap de manière transversale en contradiction avec les différents secteurs du développement communautaire ; elles mettent en œuvre un développement qui promeut l'égalité et la pleine participation des personnes ayant des incapacités dans une approche inclusive (Geiseretal., 2011). En favorisant la participation effective dans les aspects tels que l'égal accès au cadre bâti, à l'école, à l'emploi, à la prévention et aux soins.

La promotion de l'accès des personnes handicapées à l'espace public immobilier implique la promotion d'un environnement dans lequel elles peuvent effectivement et pleinement participer à la conduite des affaires publiques, sans discrimination, sur la base de l'égalité avec les autres, et à encourager leur participation aux affaires publiques. Une étude réalisée en 2014 par Abanda et Biligha a montré que le droit Camerounais reconnaît aux personnes handicapées une égalité absolue en matière d'information, de participation et de défense des droits civiques. Pour cela, le code de l'urbanisme prévoit l'implication des populations, des groupes organisés et de la société civile à la mise en œuvre des règles générales d'urbanisme, d'aménagement urbain et de construction. Ils ont également souligné qu'à travers le libre accès aux documents d'urbanisme ; et les mécanismes de consultation permettant de recueillir leur opinion et leur apport ; leur représentation au sein des organes de consultation ; la production de l'information relative à l'aménagement et à l'urbanisme ; la sensibilisation, la formation, la recherche et l'éducation en matière d'aménagement et d'urbanisme (Abanda &

Biligha, 2014). L'adoption de techniques de planification globale à l'instar des schémas d'aménagement du territoire est soumise à l'approbation citoyenne. Aussi l'implication des citoyens handicapés établirait la reconnaissance de leur vulnérabilité et de leurs intérêts dans la gestion urbaine.

D'après les recherches de Ravaud (1999), les approches ordinaires du handicap reposent sur deux modèles : le modèle individuel et le modèle social. Le ressort de ces recherches que le modèle individuel définit le handicap comme une déficience physique ou mentale que connaît une personne et dont les conséquences sont une altération fonctionnelle et des désavantages sociaux. Le modèle social du handicap, qui est la théorie sur laquelle nous nous baserons pour rendre compte de notre thématique, trouve son origine dans les critiques que les mouvements des personnes handicapées adressent au modèle individuel et à son caractère strictement médical. Ces mouvements ont mis en avant le fait que le handicap procède des réactions de la société aux incapacités et aux déficiences, que ce soit dans le domaine de l'environnement matériel ou social ou dans le domaine de la reconnaissance des droits des personnes. Selon Ravaud (1999), le modèle social présente deux variantes : une approche environnementale et une approche en termes de droits de l'homme.

C'est au regard de cet arrière-fond social que s'inscrit la présente étude dont le titre est : «Marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I et participation au développement communautaire». Nous comptons mener une réflexion en deux grandes parties.

Dans la première partie qui se veut théorique, nous aborderons trois chapitres. Il s'agira, dans le premier chapitre, de la problématique où nous allons poser les bases de notre étude, son problème, sa pertinence et son intérêt. Le deuxième chapitre est intitulé revue de littérature dans lequel il sera question de recenser les écrits ayant abordés la problématique que nous traitons. L'insertion théorique constituera le troisième chapitre où nous comptons examiner les théories explicatives de notre sujet.

Dans la deuxième partie nommée cadre méthodologique et opératoire, nous aurons également trois chapitres : méthodologie de l'étude ; présentation et analyse des résultats ; interprétation des résultats. Il sera question dans ces chapitres de rappeler notre question de recherche, nos hypothèses de recherche, présenter la population d'étude, les techniques d'échantillonnage, l'instrument de collecte des données, les outils de traitement des données recueillies sur le terrain. Enfin les résultats obtenus seront analysés, interprétés et discutés avant de faire des suggestions.

**PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET  
CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE**

# CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

La problématique est un travail de description d'une situation ou d'un phénomène qui pose un problème scientifique ou social. Beaud (2006, p.55) estime que la problématique est un ensemble construit autour d'une question principale qui permet de traiter un sujet choisi. Dans le même ordre d'idée, la recherche de Quivy et Campenhoudt (1995), a révélé que la problématique est « l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est la manière d'interroger les phénomènes étudiés ». Le premier chapitre s'inscrit dans cette perspective.

## 1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Les recherches de Pourtois et Desmet nous éclairent sur la définition du contexte. Selon les auteurs, il s'agit de « l'ensemble des circonstances qui accompagnent un événement, il devient un élément incontournable des recherches de type quantitatif qui insiste sur le fait que les sujets ne sont pas réduits à des variables mais sont considéré comme un tout » (Pourtois & Desmet, 2004, p.37).

Le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030 accorde aux personnes handicapées une attention considérable dans le contexte du développement. Ce programme, qui repose sur le principe consistant à ne pas faire de laissés-pour-compte et à aider d'abord les plus défavorisés, encourage implicitement l'inclusion des personnes handicapées. Reconnaisant la marginalisation des personnes handicapées, le Programme 2030 présente une approche intégrée de la lutte contre les inégalités auxquelles sont confrontées les personnes handicapées dans la société. Le Programme, qui repose sur les principes d'une société inclusive où les inégalités sont réduites, définit des actions ciblées dans des domaines précis tels que l'éducation, l'emploi, l'urbanisation et les établissements humains. En tant que plan d'action ayant pour objectif primordial l'élimination de la pauvreté, le Programme est donc très prometteur pour les personnes handicapées. Cependant, les actions concrètes n'ont pas suivi le rythme des engagements pris dans tous les domaines de la Stratégie du Programme de Développement Durable à l'horizon 2030.

La protection des personnes en situation de handicap tire son fondement de la reconnaissance de la dignité inhérente à toute personne humaine proclamée par la Charte des Nations Unies (ONU, 1945) et la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (ONU, 1948). La Convention des Nations Unies sur les droits des personnes en situation de handicap (ONU,

2006) proclame la nécessité d'en garantir la jouissance aux personnes handicapées sans discrimination. Cette convention réaffirme le caractère universel, indivisible, interdépendant et indissociable de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales.

La Convention Internationale pour les droits des Personnes Handicapées (CDPH) dans l'article 3 Alinéa c) affirme que « Les principes de la présente convention sont : « c) La participation et l'intégration pleines et effectives à la société ». Dans l'article 3 et 4 il est encore précisé que : « (...) les États parties consultent étroitement et font activement participer ces personnes, y compris les enfants handicapés, par l'intermédiaire des organisations qui les représentent ». Cette Convention pour les Droits des Personnes Handicapées possède un protocole facultatif pour pousser les États à faire participer les personnes en situation de handicap dans le processus de construction d'une société inclusive dans chaque pays.

Le protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique, estime dans son article 15 que : toute personne handicapée a droit un accès libre à l'environnement physique, aux transports, à l'information, notamment aux technologies et aux systèmes de communications et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public. Les États parties prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter la pleine jouissance par les personnes de ce droit, et ces mesures s'appliquent, entre autres :

- aux cadre ruraux et urbains et tiennent compte des diversités de population ;
- aux bâtiments, aux routes, aux transports aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur, installations telles que les écoles, les logements, les installations médicales et les lieux de travail;
- à l'information, aux communications, au langage des signes et aux services d'interprétation tactile, au braille, aux services audios et autres, y compris les services électroniques et les services d'urgence ;
- à des aides à la mobilité, appareils ou technologies d'assistance, formes d'aide humaine ou animalière de qualité et à des prix abordables ;
- et à la modification progressive de toutes les infrastructures inaccessibles et à la conception universelle de toutes les nouvelles infrastructures.

## **1.2. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**

À ce niveau d'analyse, il est impérieux de présenter le constat de notre recherche avant de poser son problème.

### **1.2.1. Observation et constat**

Les personnes en situation de handicap dans le monde font de plus en plus face à de nombreuses difficultés notamment l'accès : à l'éducation, à la santé, à l'emploi, au logement, au transport, à la vie politique, à l'accompagnement psychosocial, à la formation et à l'insertion professionnelle. Ce déficit d'accessibilité ne leur permet pas par conséquent de participer pleinement à leur épanouissement et surtout à la vie active de la communauté. Ceci peut se justifier par le fait que 12 millions de français environ sur (66 millions) sont touchés par un handicap. 1.5 million sont atteints d'une déficience visuelle et 850000 sont une mobilité réduite. Personnes handicapées, souffrant d'une incapacité ou d'une limitation d'activité d'après l'Enquête HID de l'INSEE de 2001. Bien plus, 9,6 millions de personne handicapées : c'est le nombre de personne handicapées au sens large : personnes reconnues administrativement, personnes qui déclarent avoir un problème de santé depuis au moins et rencontrer des difficultés importantes dans leur activité quotidienne ou avoir eu un accident du travail dans l'année d'après. Les tableaux de l'économie française, Edition 2011, INSEE et l'Enquête Handicap-Santé2008-2009, volet ménages, INSEE.

En ce qui concerne l'emploi, 2,7 millions est le nombre de personnes en âge de travailler (15 à 64 ans) qui sont bénéficiaires d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie. Source : Enquête emploi 2015 ; INSEE, traitement DARES- Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie2018, CNSA.

Par ailleurs 938000 est le nombre de personne handicapées qui sont bénéficiaire d'une reconnaissance administrative du handicap et occupent un emploi, soit un taux de 35%. Source Enquête emploi 2015 ; INSEE, traitement DARES- Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie2018, CNSA.

Au sujet de la scolarité, 350000 d'enfants ou adolescents en situation de handicap sont scolarisés en 2015, dont 279000 en milieu ordinaire (soit 80%, et 20% en établissement hospitalier ou médico-social). Source : DARES 2016- Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018, CNSA.

Aux États-Unis, un rapport du Sénat de 2010 dénonce la situation de l'emploi des personnes handicapées, notamment dans les États les moins dynamiques en la matière. Il y est

constaté que les États les moins performants atteignent un taux de 26 % d'emploi de personnes handicapées qui contraste avec les 50 % des plus performants (Kerrouni, 2014). Plus généralement, on note que la population des personnes handicapées constitue aux États-Unis la première minorité du pays, soit 51 millions de citoyennes et citoyens. Parmi eux, 5 millions occupent un emploi, principalement dans le secteur privé.

Le Royaume-Uni est un des rares pays d'Europe à avoir évolué positivement, en s'appuyant davantage sur les progrès des comportements sociaux que sur la contrainte législative. Sans politique coercitive, le Royaume-Uni présente un taux d'emploi de personnes handicapées de 46 %, soit trois millions et demi de salariés handicapés et de travailleurs indépendants handicapés. Ce taux est l'un des plus élevés des pays développés. Depuis 30 ans environ, le Royaume-Uni a ouvert ses écoles et ses universités aux jeunes handicapés, politique évidente aux yeux de tous, car s'inscrivant dans les normes sociales et parce qu'une pratique inverse aurait outragé les parents d'enfants handicapés, les responsables politiques et les chefs d'entreprises britanniques (Kerrouni, 2014).

Selon le rapport de la Banque Mondiale et de l'OMS (2010), la population handicapée est estimée à 15% de la population mondiale. Cette population de personnes handicapées représente 10% de la population totale du Cameroun (BUCREP, 2010). Ainsi, les données statistiques démontrent clairement l'existence d'obstacles systémiques généralisés à la participation des personnes handicapées à la vie active, et ce, malgré les avantages évidents que présente l'embauche de personnes handicapées. Pour l'essentiel, les données statistiques montrent que les obstacles empêchent les personnes handicapées de participer pleinement à la vie socio-économique de la société.

Compte tenu des difficultés auxquelles font face les personnes en situation de handicap au Cameroun, le gouvernement multiplie les stratégies en partenariat avec des organismes internationaux pour protéger et intégrer cette couche sociale vulnérable.

Selon la dernière enquête sur les ménages réalisés en 2007 au Cameroun (MINESEC, 2014), 10% de la population souffre d'un handicap. Environ 5% des enfants handicapés vont à l'école et moins de 2% de ces enfants terminent leur cycle secondaire. Près de 90 %, des personnes handicapées ne savent ni lire ni écrire, soit plus de 1.500.000 individus sur les 1.787.321 personnes vivant avec un handicap. 80 % des handicapés âgés de 15 à 64 ans sont sans emploi, majoritairement à cause de leur déficit d'éducation et les difficultés qu'ils rencontrent pour se déplacer avec les équipements destinés à cet effet, pour ceux qui en disposent.

Les types de problème que nous avons observés chez les personnes en situation de handicaps peuvent être classés en six points.

- Transports et environnements physiques inaccessibles.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons observé que les personnes en situation de handicap rencontrent plusieurs problèmes liés à l'accessibilité des environnements physiques avec lesquels elles interagissent. Nous avons vu des personnes en situation de handicap en difficulté à cause du manque de rampes, des portes automatisées, des espaces de stationnement inaccessibles, ainsi que des toilettes accessibles seulement au premier étage. Les passages piétonniers et les trottoirs se sont aussi révélés dangereux pour les personnes en situation de handicap.

La frustration ressentie en essayant d'accéder aux espaces publics a été soulignée par plusieurs personnes en situation de handicap. Bon nombre de ceux-ci ont mentionné qu'ils ne retourneraient pas dans certains espaces publics car ils avaient l'impression qu'on ne leur avait pas accordé les mêmes facilités d'accès qu'aux autres.

Le manque d'accessibilité et les dangereux obstacles à la mobilité dans différentes formes de transport ont été observés comme problème grave. Dans un cas, une confidence a souligné qu'il existait un manque important de services de transport accessibles offerts aux personnes en situation de handicap. Certaines personnes en situation de handicap ont décidé de payer un tarif de taxi supplémentaire pour se rendre au travail.

- Problèmes touchant les mesures de soutien aux personnes handicapées et les soutiens au revenu

Une femme en situation de handicap logeant dans un Centre de handicapés estimait que : « les personnes qui reçoivent des prestations d'aide sociale sont perçues de la mauvaise façon...La qualité de vie n'est pas prise en considération... Il s'agit d'une forme de discrimination à mes yeux ; c'est socialement injuste » D'autres ont indiqué que les taux d'aide sociale sont tristement inadéquats et sont rarement ajustés pour tenir compte d'une augmentation du coût de la vie. Elles ont déclaré à de nombreuses reprises que le résultat est que bon nombre d'entre eux fonctionnent en mode de survie, tout en étant incapables de satisfaire leurs besoins et participer pleinement à la vie de leur communauté.

- Problèmes liés au logement et aux comportements agressifs

Un certain nombre de personnes handicapées décrivent leurs difficultés à obtenir et à conserver un logement sécurisé et abordable. Bon nombre de ceux-ci ont mentionné les défis à long terme liés aux parasites, comme les punaises de lit, les lépismes et les rongeurs.

Les personnes handicapées ont également parlé des comportements agressifs et violents de leurs voisins qui, selon eux, étaient liés à leur incapacité. Une personne en situation de handicap affirmait : « depuis que j’habite ici, moi-même, ainsi que d’autres personnes de la Société d’habitation, avons été intimidés, harcelés et insultés. Les gens savent que nous n’avons aucun autre endroit où aller. On m’a traité de malade mental et de fou ; j’ai été victime de beaucoup d’injures. »

Plusieurs études font ressortir des obstacles qui peuvent influencer sur l’inclusion, ainsi que sur la participation sociale des personnes en situations de handicap. Certains spécialistes vont donc aborder le sujet en se concentrant sur l’autonomisation des personnes en situation de handicap et leur impact sur le développement communautaire.

L’article de Eyraud et al. (2018) estime qu’il existe une diversité d’obstacles liée aux situations de handicap et pense qu’elle peut être de nature langagière, technique, épistémologique et idéologique. Ainsi, Bouquet (2015) estime que « manque d’accessibilité des meetings politiques » avait montré que les barrières peuvent être langagières et techniques. Bien plus, les barrières et empêchements peuvent relever de « représentations sociales » dans le sens où elles relèvent d’une stigmatisation, comme on peut l’observer dans l’organisation de la scène judiciaire des soins sans consentement décrite par (Tartour et Barnard, 2019).

Une autre difficulté de cette approche indifférenciant restriction de participation et handicap est de conduire à des modalités de participation aux effets stigmatisant. Différents travaux ont certes souligné l’importance des dynamiques d’*empowerment* pour rendre plus effectives les participations des personnes en situation de handicap (Gardien, 2017).

Pour certaines personnes, le lieu de travail peut être l’environnement le plus propice pour tisser des liens et lutter contre l’isolement social. Un milieu de travail peu accueillant peut toutefois générer des sentiments de stigmatisation, de dévalorisation et de ségrégation par rapport aux collègues, surtout chez les personnes qui sont atteintes d’une incapacité visible (Stephenson et al., 2017). Concrètement, Vornholt et al. (2013) ont trouvé que le manque d’acceptation sociale par les collègues non handicapés est souvent la raison qui fait en sorte que les employés handicapés ne restent pas au sein d’une même organisation pendant une longue période. Dans une revue de la littérature menée en 1994, Colella a laissé entendre que la socialisation est compromise par des facteurs tels que les suivants :

- trop peu d’interaction entre les travailleurs handicapés et leurs collègues;

- certains travailleurs handicapés peuvent avoir des attentes irréalistes susceptibles d'engendrer des frustrations;
- il peut s'avérer difficile pour les personnes handicapées de participer à des activités de socialisation informelles ou en dehors du travail, ratant ainsi des occasions d'apprendre sur les rituels, les rôles et la place qu'ils occupent au sein de l'organisation.

Des recherches ont fait ressortir que les gens éprouvent un malaise psychologique lorsqu'ils traitent avec des personnes handicapées de sorte que les deux parties ont tendance à éviter les interactions sociales (Kulkarni et al. 2013). Un chercheur a observé que les gens peuvent estimer à tort qu'ils n'ont pas les aptitudes voulues pour prendre part à de telles interactions ou ils peuvent craindre l'inconnu, ce qui peut créer des obstacles sociaux menant à l'exclusion. Certaines personnes autistes ont révélé, dans le cadre d'une étude portant sur des travailleurs atteints de troubles du spectre de l'autisme, que les interactions sociales au travail nuisaient à leur rendement ainsi qu'à leur satisfaction professionnelle.

Au Cameroun, les études sur la participation des personnes en situation de handicap ont été menées. Les citoyens avec un handicap moteur rencontrent de nombreuses difficultés d'accès au niveau des services publics. Ces obstacles ne favorisent pas leur épanouissement socio-économique (Abanda & Biligha, 2014). L'accessibilité conditionne l'éducation, la santé, le travail, donc l'épanouissement de l'être humain. Ceci se justifie par le fait qu'au Cameroun, comme dans la plupart des pays en développement, les handicapés moteurs n'accèdent pas facilement aux bâtiments ouverts au public, pire encore, le parcours quotidien d'une personne handicapée moteur de sa résidence à l'espace public est semé d'embûches et d'obstacles susceptibles de démotiver celui dont la mobilité est réduite. Ces insuffisances expliquent que le droit en vigueur reste lettre morte (Abanda & Biligha, 2014).

Les problèmes d'accessibilité à l'espace public sont intimement liés à la logique architecturale et urbaine d'un territoire. Les villes Camerounaises, comme la plupart des villes des pays en développement, ne prennent pas en compte les personnes en situation de handicap. Voilà pourquoi, elles se caractérisent par une urbanisation subie, qui n'est pas toujours pensée avec le citoyen à défaut d'être pensée par lui. C'est que la ville en Afrique subsaharienne s'adapte plus aux aléas économiques qu'aux aspects socio-anthropologiques ; la rentabilité en termes de faiblesse du coût de construction de l'édifice notamment, étant prioritaire sur son utilité. C'est ce qui fait dire Abanda et Biligha (2014) qu'à Yaoundé, plus de la moitié des édifices publics sont inaccessibles aux personnes handicapées en raison de l'absence d'accès spécialisés et sécurisés. Et ce malgré quelques exceptions telles les

formations hospitalières. Ceci dit, même au ministère des Affaires sociales chargé de la promotion de la personne handicapée, seul le rez-de-chaussée est muni d'une rampe accessible aux personnes à mobilité réduite. Cette situation questionne la connaissance des techniques spécifiques à l'accessibilité et à la mobilité des personnes handicapées par les acteurs de l'aménagement et de la construction. Ce constat soulève des questions relatives au contrôle de l'exécution des marchés publics de construction des bâtiments devant accueillir le public, et l'autosatisfaction de la personne handicapée au Cameroun.

### **1.2.2. Les aspects théoriques**

La loi du 11 février 2005 relative à l'amélioration de la prise en charge du handicap est une reconnaissance d'envergure nationale. Elle stipule que : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La loi de 2010 met l'accent sur la prévention du handicap, la réadaptation, l'intégration socioéconomique et politique des personnes handicapées, ainsi que le caractère coercitif des mesures au profit des personnes en situation de handicap assorties de sanctions pénales contre les débiteurs des droits qui se soustraient aux prestations attendues. Cette loi fixe donc le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics : importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population, maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie.

Cette même loi de 2010 propose, dans son article 2, une définition du handicap plus globalisante parce qu'elle associe les approches individuelles et sociétales, liant ainsi le handicap non seulement à la personne physique, mais aussi à la capacité de la société à apporter des palliatifs pour le corriger. Cet article définit le handicap comme étant : « une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné ». Le sens nouveau donné au handicap par la loi de 2010 a le mérite de faire une évolution conceptuelle notable, faisant passer le handicap d'une vision déficitaire du corps à un problème des rapports en société face à des situations données. Cette nouvelle approche n'occulte pas la vision déficitaire du corps, mais y associe le caractère social du handicap. Le social y prend toute son importance.

Les politiques de défense des droits des personnes handicapées vont aussi se multiplier au niveau national à la faveur de l'évolution de la législation en matière de handicap. Ainsi le cadre juridique du handicap au Cameroun repose sur les textes et lois relatifs à la protection et à la promotion des personnes handicapées. Nous présentons ici la loi n° 83-13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées, encore appelée loi de 1983 et la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010, portant protection et promotion des personnes handicapées que nous désignerons par loi de 2010.

En droit camerounais, c'est la loi de 1983 qui donne pour la première fois une définition de la personne handicapée. Il s'agit d'un corpus de 5 chapitres organisé en 12 articles. De manière laconique, en son article 1<sup>er</sup>, elle définit la personne handicapée comme étant : « toute personne qui, frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou accidentelle, éprouve des difficultés à s'acquitter des fonctions normales à toute personne valide ». En réalité, cette loi met au centre de sa définition de la personne handicapée la perte de substance, l'altération fonctionnelle, psychologique, physiologique ou anatomique. Cependant la vie de la personne handicapée se limite-t-elle à ces structures de prise en soins. ?

La loi de 2010 vient amender, améliorer et enrichir celle de 1983. Les 48 articles que comprend cette nouvelle loi sont organisés en 5 sections et 7 chapitres. De prime abord, elle se démarque de la loi précédente par son titre qui, dans son énonciation, intègre la promotion de la personne handicapée, élargissant du coup le périmètre d'action de la nouvelle loi aux aspects non médicaux concernant la vie de la personne handicapée dans la société. Précisément, l'article 1<sup>er</sup> dispose : « à ce titre, elle vise : la prévention du handicap ; la réadaptation et l'intégration psychologique, sociale et économique de la personne handicapée ; la promotion de la solidarité nationale à l'endroit des personnes handicapées ».

Le cadre institutionnel du handicap au Cameroun est coiffé par le Ministère des Affaires Sociales. À côté de ce département ministériel se trouvent des instituts et établissements publics et privés agissant dans le même champ.

Aux termes du décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales, en son article 1<sup>er</sup> alinéa 2, le Ministère des Affaires Sociales est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation, de la politique du Gouvernement en matière de prévention et d'assistance sociale, ainsi que de la protection sociale de l'individu. À ce titre, il est chargé :

- de la protection sociale de l'enfance, des personnes âgées et handicapées ;
- de la prévention et du traitement de la délinquance juvénile et de l'inadaptation sociale ;

- de la facilitation de la réinsertion sociale et de la lutte contre les exclusions;
- de la solidarité nationale ;
- du contrôle des écoles de formation des personnels sociaux ;
- de l'animation, de la supervision et du contrôle des établissements et des institutions concourant à la mise en œuvre de la politique de protection sociale.

À la lecture de ce décret n° 2005/160 du 25 mai 2005, l'on pense que toutes les tâches incombent au MINAS. Les autres secteurs ne semblent pas être concernés par les problèmes de la personne handicapée. À titre illustratif, la prise en charge médicale relève du Ministère de la Santé ; l'éducation relève du Ministère de l'Éducation de base, du Ministère de l'Enseignement Secondaire, du Ministère de l'Enseignement Supérieur, du Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Toutes ces attributions spécialisées empêchent une prise en charge effective de la personne handicapée par les autres Ministères alors que la loi ci-dessus citée impose des contenus transversaux applicables, à des degrés variés, par l'ensemble du gouvernement.

### **1.2.3. Formulation et position du problème de l'étude**

Les résultats de l'enquête menée par l'Association des Jeunes Handicapés du Cameroun (ANAJEHCAM) en mars 2010 (Fopa, 2010), dans le cadre du projet « Handicap et devoirs civiques au Cameroun », il ressort que 74,8 % de la communauté des personnes handicapées sont des analphabètes ou ont au plus le certificat d'Étude Primaires (CEP). Dans la même logique, la deuxième enquête sur l'emploi et le secteur informel (EESI2) de 2010, estime le pourcentage des personnes handicapées non scolarisées à 39,2 % (INS, 2010). Si les difficultés relevées touchent, pour l'essentiel, l'éducation de base et les enseignements secondaires, les études supérieures soulèvent des défis d'un autre genre. L'accès à l'enseignement supérieur reste un très gros obstacle à cause des coûts très importants pour des personnes handicapées habituées à survivre grâce aux aides et autres exonérations, le loyer, le transport, la nutrition, le matériel de travail, les frais annuels de scolarité frôlant le million de francs CFA pour les institutions relevant du secteur privé. La deuxième enquête sur l'emploi et le secteur informel (EESI2) de 2010, indique que seulement 6.3 % des personnes handicapées ont un niveau d'instruction supérieur (INS, 2010), et l'enquête sur « Handicap et devoirs civiques au Cameroun » (Fopa, 2010) précise que seuls 3 % des personnes handicapées ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur.

Les données statistiques sur le handicap au Cameroun témoignent des difficultés fonctionnelles importantes et des conditions de vie quotidienne de la personne. En outre, les institutions en charge du handicap ont des spécialisations si séparées que celles-ci ne permettent ni une bonne synergie entre elles, ni un modèle adéquat de réinsertion sociale à la sortie du Centre.

Autour de nous, il existe plusieurs domaines d'activité où les personnes en situation de handicap rencontrent des obstacles à leur pleine participation au développement communautaire. Tout d'abord dans le secteur de l'emploi, les témoignages des personnes en situation de handicap relèvent plusieurs barrières. Il s'agit des préjugés et des discriminations ; dans la mesure où les employeurs peuvent avoir des préjugés sur les personnes en situation de handicap et penser qu'elles ne seront pas efficaces ou qu'elles vont coûter cher. Souvent on voit que les personnes en situation de handicap n'ont pas les outils d'appui pour pouvoir travailler, telles que des rampes d'accès, des ordinateurs adaptés. Ensuite nous pouvons observer que les personnes en situation de handicap n'accèdent pas à l'environnement bâti. C'est par exemple le cas des marches et des escaliers pour les personnes en fauteuil roulant, l'absence des rampes d'accès ou d'ascenseurs peut rendre impossible l'accès à certains endroits. On voit que les revêtements de sol inadéquats limitent les déplacements des personnes en situation de handicap. Enfin il y a plusieurs obstacles qui entravent l'éducation des personnes en situation de handicap. Souvent dans certains établissements, on peut observer que les bâtiments scolaires, les salles de classe et les équipements ne sont pas toujours adaptés aux personnes en situation de handicap moteur. Aussi on peut constater le manque d'enseignants qualifiés pour aider les personnes en situation de handicap à apprendre et à s'autonomiser.

Au regard des observations ci-dessus, nous constatons que les obstacles auxquels les personnes en situation de handicap font face ont des conséquences : marginalisation.

Pourtant, sur le plan formel, la loi de 2010 vient renforcer celle de 1983 et met l'accent sur la prévention du handicap, la réadaptation, l'intégration socioéconomique et politique des personnes handicapées. Cette loi fixe donc le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics : importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population, maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie. Pourtant, un ensemble de critiques est fait à l'égard de cette loi de 2010. Celles-ci sont centrées autour du manque de sanctions et de clarté de la loi ainsi que sa mise en application. On peut aisément observer au quotidien le non-respect de la législation en

vigueur à l'égard des personnes handicapées dans divers domaines de la vie sociale, ce qui ne rend pas effective la pleine jouissance de leurs droits fondamentaux, de leur dignité ainsi que la valorisation de leurs talents et potentialités.

L'accessibilité et la mobilité du citoyen handicapé sont garanties par les lois et les conventions internationales et nationales qui consacrent l'exercice des droits civiques et l'égalité de tous y compris les personnes en situations de handicap. Selon l'article 33 de la loi portant protection et promotion de la personne handicapée « Les bâtiments et institutions publiques et privées ouverts au public doivent être conçus de façon à faciliter l'accès et l'usage aux personnes handicapées ». Bien plus pour lutter contre toutes formes de discrimination, et promouvoir l'égalité de tous, les articles 1 et 7 de la Convention Internationale des Droits de l'Homme et du Citoyen indique que « les hommes naissent et demeurent libres et égaux et on droit sans distinction à une égale protection de la loi et à une protection égale contre toute discrimination. ».

Bien plus, l'étude du cadre légal et réglementaire ainsi que l'analyse des pratiques indiquent à suffisance le paradoxe qui subsiste : sur le plan formel, l'accessibilité et la mobilité du citoyen handicapé sont garanties par les lois et les conventions internationales et nationales qui consacrent l'exercice des droits civiques et l'égalité de tous y compris les personnes en situations de handicap. Tandis que, sur le plan matériel, les statistiques relevées plus haut prouvent que les obstacles importants limitent le droit d'aller et venir, et partant celui de participation à la vie publique de cette catégorie des personnes en situation de handicap. Autrement dit, les déficits montrent que les personnes ayant des incapacités sont en général négligées, voire oubliées dans les processus de développement communautaire et leurs avis de citoyens ne sont pas, ou très peu, pris en compte. Cette situation constitue une discrimination, contraire aux droits humains tels que rappelés dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Pour réduire l'isolement des personnes ayant des incapacités et améliorer la qualité de leur participation sociale par l'exercice de leurs droits, les politiques publiques et intenses normatives mettent en œuvre des projets de développement local inclusif. Par conséquent, le déséquilibre entre les aspirations légales et interventionnistes de la société, et la réalité multiforme de la marginalisation voire de l'exclusion sur le terrain, légitime alors le constat de la fragmentation du développement local inclusif au détriment du plus faible. L'état des lieux actuel montre que beaucoup reste à faire pour parvenir à la participation active des personnes en situation de handicap aux prises de décisions et au développement local de leur communauté.

Or le constat qui découle des observations sus-évoquées relève qu'il y a manque de congruence. Cette étude nous amène à nous poser la question de recherche suivante : quel est l'incidence de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire ?

### **1.3. Question générale de recherche**

Notre question générale de recherche est formulée de la manière suivante : La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite-t-elle leur participation au développement communautaire ?

#### **1.3.1. Questions spécifiques de recherche**

Dans cette étude, les questions spécifiques sont les suivantes :

**Question de recherche 1 :** La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite-t-elle leur participation au développement communautaire ?

**Question de recherche 2:** Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent-t-elle leur participation au développement communautaire ?

**Question de recherche 3 :** Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent-t-elle leur participation au développement communautaire ?

### **1.4. Objectifs de l'étude**

Nous allons dans ce paragraphe présenter d'une part l'objectif général et d'autre part les objectifs spécifiques de notre étude

Objectif général

L'objectif général est d'étudier l'incidence de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire.

Objectif spécifique

Notre investigation revêt trois (03) objectifs spécifiques qui sont :

**Objectif spécifique 1 :** Étudier l'incidence de la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire.

**Objectif spécifique 2 :** Étudier l'incidence des difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire.

**Objectif spécifique 3** : Étudier l'incidence des barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire.

### **Hypothèses de recherche**

En guise de réponse anticipée à notre question générale de recherche, nous formulons notre hypothèse générale comme suit : La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

De cette hypothèse générale découlent les trois (03) hypothèses de recherche suivantes :

**HR 1**: La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**HR 2** : Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**HR 3** : Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

### **Intérêt et pertinence de l'étude**

Notre étude met en évidence une problématique pertinente qui préoccupe l'ensemble de la communauté internationale de façon générale et le Cameroun en particulier : il s'agit de la problématique de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap ayant des incapacités à participer au développement effectif de leur communauté. Dans le but de répondre au besoin de mesurer et de comparer l'impact des stratégies du développement local inclusif, notre travail prend appui sur la convention de l'OMS (2011) qui estime que la participation citoyenne des personnes ayant des incapacités est souvent très déficiente dans les processus de développement local. Sur l'objectif 1 des OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement) qui est aussi celui des ODD (Objectifs du Développement Durable) : « réduire l'extrême pauvreté et la faim » en vérifiant son effectivité chez les populations en zone rurale quand on sait que la crise économique des décennies 80 avait accentué la situation de la pauvreté du Cameroun.

Sur le plan politique, il est à signaler que, tout comme les personnes valides, les personnes handicapées disposent des mêmes droits prévus dans la constitution du Cameroun. Il s'agit par exemple du droit de vote et du droit de participer aux affaires politiques. L'article 27 (2) de la loi n° 2010/003 du 13 avril 2010 prévoit que « l'État encourage la présence des

personnes handicapées dans différentes instances de la vie sociale et politique ». Cependant, les dispositions pratiques ne sont pas toujours prises pour permettre à la personne handicapée d'assurer ces droits. Dans cette logique, les résultats de notre investigation pourraient être exploités par les pouvoirs politiques dans la mise en œuvre du développement inclusif local des personnes vivant avec un handicap. L'étude pourrait par exemple de rappeler aux politiques d'envisager de garantir et d'offrir les modalités de participation des personnes vivant avec un handicap dans le développement local, vu comme des dynamiques économiques, sociales, culturelles et environnementales.

Sur le plan académique, la rédaction de ce mémoire est une exigence de fin de cycle de Master. À ce titre, cette étude permet l'évaluation de notre capacité à appliquer les enseignements reçus.

Sur le plan personnel, la présente étude nous est bénéfique d'abord parce qu'elle nous donne une certaine expérience dans le monde de la recherche. Elle nous permet de mener une réflexion scientifique sur une problématique de terrain qu'est le développement local. En effet, ce travail nous amène à comprendre et à approfondir nos connaissances au sujet de l'autonomisation des personnes vivant avec un handicap.

En termes de contribution scientifique, cette étude pourrait être un support théorique ou matériel contribuant à mesurer l'incidence de la marginalisation à limiter la pleine participation des personnes en situation de handicap au développement local. Voilà pourquoi l'inclusion représente le point d'ancrage dans l'expression du développement communautaire. Notre étude est d'autant plus nécessaire qu'elle proposera une analyse scientifique en ce qui concerne la relation entre la marginalisation des personnes vivant avec un handicap et le développement communautaire. Cette recherche offre donc une banque de données à la communauté scientifique en ce qui concerne cette relation entre la marginalisation des personnes vivant avec un handicap et le développement communautaire. Aussi, sachant que l'on ne saurait créer la science, notre étude s'inspirant d'autres études antérieures menées dans le même champ que la nôtre ou dans les domaines similaires s'y rapprochant, pourrait-elle aussi plus tard être la lanterne de travaux futurs.

Au plan social, notre investigation touche la problématique première que recherchent perpétuellement les personnes en situation de handicap : leur inclusion dans le développement local. Etant donné que nous sommes dans le domaine de « l'intervention et de l'action communautaire », cette étude trouve un intérêt particulier à résoudre un problème d'empêchements sociaux qu'ils rencontrent ou leur sont imposés. Dans ce sens, la

marginalisation des personnes vivant avec un handicap peut être un frein pour le développement local.

## **1.5. Délimitation de l'étude**

Cette section fixe les limites de l'étude et définit clairement son champ d'application. Dans cette logique, nous délimiterons notre étude au triple plan chronologique, géographique et thématique.

### **1.5.1. Délimitation chronologique**

Au plan chronologique, cette étude s'intéresse à une population située dans la tranche d'âge allant de 15 à 35 ans et plus. Ceci se justifie par le fait qu'aujourd'hui, la population de l'arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup> est évaluée à plus de 361000 habitants selon le dernier recensement général des populations réalisé par le BUCREP. Les jeunes représentent une couche très importante de la population pour le développement communautaire. Les pratiques d'embauche, de participation, d'accessibilité, et d'inclusion inclusive, des personnes jeunes en situation de handicap présentent des avantages et devraient être une priorité autant pour les personnes elles-mêmes que pour l'arrondissement dans son ensemble.

### **1.5.2. Délimitation géographique**

Au plan géographique, cette étude est menée au Cameroun dans la région du Centre, département du Mfoundi et plus précisément dans l'arrondissement de Yaoundé I. L'arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup> est traversé principalement par le fleuve Mfoundi mais aussi par quelques autres rivières qui inondent pendant la période de crue les zones marécageuses ; ce qui ne manque pas de causer quelques désagréments aux populations qui habitent ces lieux. Ces marécages servent aussi d'acquis pour des pratiques agricoles : il s'agit de la culture des légumes verts, du maïs et quelquefois de tomates. On note également la présence de plusieurs sources naturelles aménagées par endroits et très délabrées par ailleurs qui servent de cadre d'approvisionnement en eau potable pour la majorité de la population des quartiers populaires défavorisés qui vivent sous le seuil de pauvreté. Enfin, l'arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup> repose sur un socle ancien. Ce sont des sols ferrallitiques rouges en général, mais qui présentent des variances : sols ferrallitiques évolués sur plateaux. Notre étude est donc menée auprès des habitants de la Commune de Yaoundé I notamment La ZONE II(CENTRALE) qui abrite les quartiers OKOLO I, EMANA, ETOUDI, MBALLA (II, III, IV), DRAGAGE.

### **1.5.3. Délimitation thématique**

Du point de vue thématique, le présent travail s'inscrit dans le grand champ des sciences humaines, sociales et éducatives. Plus précisément, nous menons une étude en intervention et action communautaire en rapport avec le développement durable qui se décline sous les dimensions économiques, sociale et environnementale. Notre étude porte donc sur l'incidence de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur sur la participation au développement de la communautaire géographique de Yaoundé I

Cette étude peut inclure des interventions pour améliorer l'accès aux emplois pour les personnes vivant avec un handicap moteur, leur accessibilité physique adaptée et l'élaboration de politiques pour assurer leur inclusion sociale. Dans le même ordre d'idée elle peut inclure la création de programmes pour favoriser l'emploi et l'entrepreneuriat chez les personnes vivant avec un handicap moteur et la mobilisation des politiques et de la législation pour favoriser l'égalité d'accès à l'emploi.

Cette étude vise aussi à élaborer les plans d'action pour encourager la participation active des personnes vivant avec un handicap à tous les niveaux de la vie communautaire, en mettant en place des mesures pour garantir l'accessibilité des modes de participation communautaire.

## **CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Un concept est une expression que les chercheurs empruntent au vocabulaire courant et construisent pour désigner ou circonscrire des phénomènes de la réalité

Observable qu'ils désirent étudier scientifiquement. Le concept a pour mission de guider la recherche, en lui procurant un point de vue. Il fournit donc un point de départ à la recherche. Pour notre recherche, nous ferons un effort particulier consistant à situer chaque concept dans le contexte de notre étude. Nous avons identifié les concepts suivants : autonomisation, personne en situation de handicap, développement, développement communautaire.

### **2.1. La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur**

La participation des personnes vivant avec un handicap est un sujet de recherche important. Certaines études sont concentrées sur les obstacles à la participation sociale, économique et politique, tandis que d'autres ont examiné les interventions et politiques visant à promouvoir l'inclusion. La marginalisation des personnes vivant avec un handicap est un sujet complexe et multifacette. On peut aborder divers aspects, tels que l'accès aux emplois, ainsi que les préjugés et la stigmatisation. Les défis auxquels sont confrontées ces personnes varient selon les pays et les cultures. Fougeyrollas la définit comme un processus social où les individus sont systématiquement exclus ou rendus périphériques dans la société en raison de leurs limitations.

### **2.2. Définition de la marginalisation.**

Le concept de marginalisation, lorsqu'appliqué au handicap, décrit une situation de mise à l'écart ou de mise en marge de la personne en raison de ses incapacités et de l'une ou de plusieurs déficiences. De plus, il est difficile de tracer une frontière étanche entre les catégories d'assistés et celle des marginaux, vu la réalité des personnes ayant des incapacités. Les effets de la marginalisation sont vécus par les personnes qui se retrouvent dans les deux catégories. En tant que processus, la marginalisation s'accompagne d'une catégorisation des individus en raison de leurs capacités, de leur appartenance à un groupe, de leurs habitudes de vie, qu'elles soient réalisées ou non, etc. Rappelant l'analyse que Goffman a fait des stigmates, ce sont les caractéristiques personnelles de l'individu qui le discréditent aux yeux des autres. La marginalisation s'établit en relation avec les normes et elle peut être observée en raison de l'écart existant entre la caractéristique de la personne et la caractéristique « naturelle » « normale » ou « socialement attendue » et de l'absence d'une possibilité de participation au cadre

normal. À travers ses différentes dimensions, le processus de marginalisation tend à considérer les personnes ayant des incapacités, non pas comme des personnes, mais comme des sujets minoritaires ou « autres » à l'écart du groupe de référence, mettant l'emphase sur leurs caractéristiques et leurs capacités (et incapacités) plutôt que sur leur expérience en tant que personne. Par ailleurs, la marginalisation implique un aspect normatif quant aux rôles et aux comportements attendus. Sans tomber dans une longue énumération, la marginalisation peut se faire tant sur les capacités que sur l'identité, les rôles sociaux et économiques, la considération sociale, politique et juridique des personnes. Dans tous les domaines, différentes formes de marginalisation émergent des conditions structurelles, de l'environnement physique et social, des attitudes et des représentations.

### **2.3. Les facteurs de marginalisation**

La marginalisation peut résulter de divers facteurs, tels que la discrimination, le manque d'accès à l'emploi, les préjugés sociaux et les politiques publiques discriminatoires.

#### **2.3.1. La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap.**

La stigmatisation est l'action d'isoler, de traiter différemment certains individus ou groupes d'individus sur la base de caractéristiques particulières. La stigmatisation envers les personnes handicapées se fait sur la base d'un étiquetage préalable de leurs différences spécifiques, d'une mise à l'écart volontaire ou implicite en raison de leur appartenance, de leurs caractéristiques individuelles ou de leur performance à jouer un rôle social tel qu'il est socialement attendu. Elle peut tout aussi bien se faire entre les groupes d'individus sans incapacités et les personnes avec incapacités, qu'entre les groupes de personnes ayant des incapacités différentes. D'une part, les recherches théoriques et empiriques ont démontré que la stigmatisation nuit aux processus d'identité et d'autodétermination chez les minorités. Le milieu associatif et les groupes de défense de droits des personnes handicapées ont milité pour faire reconnaître la stigmatisation pratiquée à l'égard des personnes handicapées. La reconnaissance de cette réalité aura permis d'agir à plus large échelle au sein des cadres nationaux et de mettre en place des protections structurelles afin d'agir sur les situations et les processus discriminatoires.

### **2.3.2 Manque d'accessibilité physique**

En effet, la mobilité dans l'espace est un problème majeur rencontré par la personne en incapacité motrice, que ce soit au niveau de son domicile ou dans des espaces publics. L'espace est, généralement, aménagé sans que l'on prenne en compte ses besoins spécifiques. À titre d'exemple, les escaliers sont encore largement imposés comme unique moyen pour accéder aux étages des immeubles, les portes et couloirs des édifices publics et privés sont, dans plusieurs cas, trop étroits pour la personne en fauteuil roulant, les caniveaux sont habituellement à ciel ouvert, les trottoirs ne sont pas suffisamment larges et les multiples routes non goudronnées sont encore jonchées de cailloux, de pierres et de borbiers. D'ailleurs, dans certains quartiers, les routes principales et davantage les routes secondaires présentent d'énormes difficultés, même pour des voitures à quatre roues motrices. Le relief accidenté de la ville de Yaoundé vient aggraver le contexte avec les pentes abruptes et les montées raides des collines qui exposent la personne à de permanents risques de chute. Ainsi, la personne ne peut se rendre où elle veut par manque de routes appropriées. Si elle brave ces obstacles, elle va certainement se retrouver devant un caniveau à ciel ouvert qu'elle ne peut enjamber. Une fois sur le trottoir, elle peut être bousculée par un passant du fait de l'étroitesse de cet espace.

Les problèmes d'accessibilité à l'espace public sont intimement liés à la logique architecturale et urbaine d'un territoire. Les villes Camerounaises, comme la plupart des villes des pays en développement, se caractérisent par une urbanisation subie, qui n'est pas toujours pensée avec le citoyen à défaut d'être pensée par lui. C'est que la ville en Afrique subsaharienne s'adapte plus aux aléas économiques, qu'aux aspects socio-anthropologiques; la rentabilité en termes de faiblesse du coût de construction de l'édifice notamment, étant prioritaire sur son utilité. À Yaoundé, plus de la moitié des édifices publics sont inaccessibles aux personnes handicapées en raison de l'absence d'accès spécialisés et sécurisés<sup>18</sup>. Et ce malgré quelques exceptions telles les formations hospitalières. Cette situation questionne la connaissance des techniques spécifiques à l'accessibilité et à la mobilité des personnes handicapées par les acteurs de l'aménagement et de la construction. Ce constat soulève des questions relatives au contrôle de l'exécution des marchés publics de construction des bâtiments devant accueillir le public, et l'auto considération de la personne handicapée au Cameroun.

### **2.3.3. Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap.**

Les personnes en situation de handicap se heurtent souvent à des préjugés qui compromettent leur employabilité bien avant de postuler dans un emploi. De nombreuses associations luttant pour le droit des personnes en situation de handicap estiment que la stigmatisation, les préjugés ou la discrimination répertoriés dans le cadre de leur recherche, sont

celles qui découlent de la perception qu'ont les employeurs des personnes handicapées et des suppositions qu'ils font à leur égard et qui peuvent nuire à leur pleine participation au marché du travail (Tchokote et al. 2020).

Plusieurs études recensent les difficultés que pose l'embauche de personnes handicapées selon les employeurs. D'après une étude de 2011, reposant sur une enquête menée auprès d'employeurs aux États-Unis, les principales raisons invoquées par les répondants pour ne pas embaucher ou maintenir en poste des travailleurs handicapés sont :

- les préoccupations à l'égard des coûts, en particulier le coût des mesures d'adaptation; Le manque de connaissances quant à la façon de gérer des travailleurs handicapés et leurs besoins en matière d'adaptation;
- la crainte de se retrouver avec un travailleur qui ne peut être discipliné ou licencié en raison de la possibilité d'une action en justice
- la difficulté à évaluer la capacité d'un candidat à effectuer des tâches qui lui sont assignées et les inquiétudes quant à sa capacité à faire un aussi bon travail que les travailleurs non handicapés (Kaye et al. 2011, p 528).

Les résultats de cette étude sont semblable à ce que montrent plusieurs autres études ( Kulkarni & Lengnick-Hall, 2013). Nous en voulons pour preuve, Le Conference Board du Canada a constaté, dans le cadre d'une étude de 2014, que la constatation selon laquelle les mesures d'adaptation sont compliquées et coûteuses, les arguments avancés par ceux qui les emploient, insistent sur le fait que les personnes en situation de handicap ne postulent pas et ne savent pas comment les recruter autrement (Brisbois, 2014). Les principales difficultés à solliciter la candidature de personnes handicapées selon les employeurs qui ont participé à l'étude de Deloitte, en 2010, étaient que les moyens traditionnels de publication des offres d'emploi ne sont pas toujours accessibles à ces personnes, que certains candidats choisissent de ne pas se déclarer handicapés, et que le manque d'expérience professionnelle dans un milieu opérationnel est préoccupant. Deloitte a observé que le fait que « beaucoup de personnes handicapées qui font leur entrée sur le marché du travail n'ont pas eu la chance d'occuper un emploi d'été ou un emploi à temps partiel pendant leurs études, et ce, pour diverses raisons » exacerbe ces difficultés (Deloitte, 2010). En outre, toujours selon l'étude de Deloitte, les employeurs estiment qu'embaucher une personne handicapée exigerait plus de travail de la part des gestionnaires pour les accueillir et les obligerait à offrir davantage de formation, sans nécessairement disposer de ressources suffisantes pour le faire.

## **2.4. Personne vivant avec un handicap**

Le champ du handicap a, depuis une vingtaine d'années, fait l'objet d'un changement de paradigme. La compréhension actuelle que nous avons du handicap qui ne se centre pas seulement sur la dimension physique mais aussi sur les empêchements sociaux est le fruit d'une longue étude dynamique.

### **2.4.1. Origine de la notion du handicap et son évolution.**

Les racines du handicap sont marquées par un certain nombre de comportements qui laissent transparaître les mécanismes d'exclusion jusqu'à présent.

#### ***2.1.1.1. L'origine de la notion du handicap.***

Les recherches de Homonet (2000) sur l'origine du handicap nous révèlent que le mot handicap est un mot d'origine anglaise utilisé au XVII<sup>e</sup> siècle, hand in cap, c'est-à-dire main dans le chapeau, pour désigner une pratique d'échange d'objets personnels à propos desquels des sommes d'argent étaient versées dans un chapeau pour que les parts soient égales. Déjà une façon d'égaliser les chances. Puis, le terme handicap fut utilisé dans le milieu hippique pour désigner un certain type de courses de chevaux où se mesuraient, et se mesurent encore aujourd'hui, de bons chevaux que l'on charge d'un ou plusieurs kilos pour rééquilibrer les chances de moins bons chevaux qui rivalisent avec eux dans des courses dites à handicap. Sachant que selon les théories hippiques un kilo est égal à une longueur, le bon cheval est donc handicapé par rapport à son concurrent considéré comme moins bon que lui. Là encore, il s'agit d'égaliser les chances.

#### ***2.1.1.2. Son évolution***

De nos jours, l'intégration des handicapés dans le développement communautaire est l'une des priorités des politiques publiques mais cela n'a pas toujours été le cas. La notion de handicap a, depuis une vingtaine d'années, fait l'objet de plusieurs controverses qui ne sont pas encore tout à fait éteintes. Fougeyrollas indique que « Plus qu'un simple instrument de communication, le langage illustre la façon dont on se représente mentalement une réalité. Il n'est donc pas étonnant que les mots employés pour parler des personnes handicapées aient fait l'objet d'une remise en question parallèle à l'évolution de leur place dans la société » (2010, p 38)

### **2.1.1.3. Historique du handicap**

À l'époque de l'Antiquité, la personne handicapée mentale était considérée comme liée à une action maléfique et ainsi dangereuse pour l'ordre social. La recherche nous a permis de constater que le sort réservé aux enfants atteints de troubles mentaux et d'un handicap physique était la mort. Autrement dit, après décision des autorités de la cité, les enfants difformes étaient repoussés hors de la ville pour être non seulement exposés, mais aussi pour les laisser mourir en présence des dieux. Nous assistons à cette époque à un véritable rejet des personnes handicapées qui étaient qualifiées de monstres (Allély, 2018).

C'est avec l'avènement du christianisme, au Moyen-âge, qu'on cessa de maltraiter les personnes handicapées. À la lumière d'une revue récemment réalisé par Levau (2018), il apparaît que pour les chrétiens, il est écrit dans les Saintes Ecritures que « l'homme est créé à l'image de Dieu », ce qui introduit l'idée d'égalité entre les êtres humains. L'infanticide des nouveaux nés est alors condamné au 4<sup>ème</sup> siècle et on encourage les femmes qui souhaitent abandonner leurs enfants à les laisser à l'église. Au Moyen-âge, avec les nombreuses famines, guerres et épidémies, on assiste à une baisse de foi qui conduit de nouveau à exclure les personnes handicapées. Celles-ci se font chasser et sont réduites à la mendicité pendant de nombreuses années. À cette époque, se conduit également une politique d'enfermement des handicapés mentaux qui s'accroît par ailleurs à la Renaissance.

### **2.1.1.4. Les premières initiatives modernes**

Par ailleurs, plusieurs études ont montré que les attitudes ont commencé à changer avec le mouvement de libération des fous en 1795 provoqué par Philippe Pnel (1745-1826) et également avec la mise en place de programmes éducatifs adaptés. De plus Collard & Samama (2010) ont constaté que l'Abbé de l'Épée (1712-1789) fonde notamment à Paris une école spéciale pour enfants sourds-muets. Valentin HAU (1745-1822) crée à Paris également « l'institution des jeunes aveugles ». Dans la même perspective, les recherches montrent que Guillaume FERRUS (1784-1861) fût le premier à ouvrir une institution adaptée aux personnes mentalement déficientes « la Ferme Sainte-Anne » qui accueille et procura un travail protégé à près de 100 personnes entre 1832 et 1838. Un autre facteur, observé dans la même étude montre que Henri Thomas MARSOULAN (1839-1909) crée en 1899 à Montreuil-sous-Bois, le premier atelier départemental d'assistance par le travail d'ouvriers estropiés et mutilés. À la fin du 19<sup>ème</sup> siècle se constituent aussi les premières associations de malades qui regroupent les aveugles, les sourds-muets, les tuberculeux, les mutilés du travail et les blessés de guerre. La question du

handicap se pose de plus en plus ouvertement et les diverses initiatives entraînent chez les personnes handicapées elles-mêmes une prise de conscience de leurs droits.

Parallèlement, des textes fondamentaux se mettent en place tels que la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (1789) qui s'adresse à l'humanité entière pour proclamer l'égalité de tous les hommes ou encore la Constitution de septembre 1791 qui accorde une attention réelle aux personnes handicapées : « Il sera créé et organisé un établissement général de Secours public, pour élever les enfants abandonnés, soulager les pauvres infirmes et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer ».

Les progrès du machinisme avec comme corrélat l'augmentation du nombre d'accidents du travail et les guerres modernes ont également contribué à inscrire la question du handicap au centre des politiques d'aide sociale. Effectivement, au début du 20<sup>ème</sup> siècle, la question des personnes handicapées tend à s'intégrer dans les programmes nationaux d'aide sociale qui commencent à se mettre en place. Ainsi, après la Première Guerre mondiale, une loi d'obligation d'emploi des mutilés de guerre fût promulguée (28 avril 1924). Celle-ci impose aux entreprises de plus de dix salariés d'embaucher au moins 10 % de mutilés de guerre.

#### ***2.1.1.5. Du concept de handicap au concept de personne en situation de handicap***

En 1913, le terme handicap fait son entrée dans le dictionnaire de l'Académie française. La date de 1943, est marquée par l'utilisation du mot « handicapé » dans une thèse de médecine de rééducation pour indiquer qu'un patient atteint d'une déficience invalidante est handicapé pour marcher. Par la suite en 1957, la loi du 23 novembre sera votée pour rendre compte non seulement de l'adjectif « handicapé » qui deviendra un substantif, et entrera dans le langage juridique sous la formule « travailleurs handicapés » mais aussi pour favoriser le reclassement professionnel de ces personnes. À partir de 1971 le terme « handicapé » tend à remplacer tous les termes utilisés auparavant et jugés trop stigmatisants : estropié, mutilé, invalide, paralysé, mais aussi crétin, idiot, débile, incapable.

Bien plus, il devient carrément un substantif : le mot « personne » tend à s'effacer derrière le mot « handicapé » comme l'a montré Stiker (2002). Une nouvelle catégorie de la population va voir le jour : les handicapés mentaux, les handicapés moteurs et les handicapés sensoriels. À l'unanimité, comme Canguilhem (1993) l'a montré, la date du 30 juin 1975 sera destinée à permettre aux personnes handicapées d'avoir une vie meilleure, sans définir précisément pour qui cette loi était faite. Autrement dit le terme handicapé deviendra un

synonyme de « déficience ». Les personnes seront handicapées parce qu'elles seront déficientes. Cette loi spécifique apporte des réponses spécifiques dans des lieux spécifiques dans la mesure où l'intégration de certaines d'entre elles n'était possible qu'à la marge. La notion de handicap est passée (?...) progressivement en plusieurs siècles. À ce jour, la loi du 11 février (2005, n°102) définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subis dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant. »

Le terme « personne en situation de handicap » est de plus en plus d'actualité. Il est utilisé dans différentes situations pour désigner des personnes qui vivent des obstacles dans leur quotidien. Dans cette perspective, le terme personne en situation de handicap se réfère au modèle du processus de production du handicap. La situation de handicap peut évoluer au cours de la vie d'une personne et être variable selon les obstacles qu'elle rencontre ou non dans son environnement pour réaliser ses activités. L'expression a une portée beaucoup plus large en ce sens qu'elle englobe les personnes ayant des incapacités temporaires ou légères. Nous avons par exemple, une personne en fauteuil roulant des suites d'une intervention médicale et rencontrant des obstacles pour se déplacer et se retrouve en situation de handicap, sans toutefois être handicapée.

#### **2.4.2. Définition du handicap du point de vue médical.**

Plus haut, nous avons vu que le sujet du handicap ne passionnait guère. Pourtant, il constituait une catégorie sociale, labellisée par le seul handicap pour cause d'éloignement de la norme. Ainsi, la marginalisation s'en trouve justifiée. La confusion est alors à son comble et l'Organisation Mondiale de la Santé souhaite parvenir à une classification des handicaps, au même titre que la classification des maladies. Philip Wood, un médecin socialiste, a élaboré la Classification Internationale des Handicaps (CIH) sous l'impulsion de l'OMS. Hamonet et Magalhaes indiquent qu'en 1980, la Classification Internationale des Handicaps est née ; elle distingue la déficience de l'incapacité, qui conduit ou non à un désavantage social appelé aussi handicap (2001).

Si cette classification reconnaît les conséquences sociales provoquées par les problèmes de santé, elle suscite néanmoins dès sa publication de violentes critiques dans la mesure où le handicap apparaît comme une conséquence linéaire de l'incapacité liée à la personne, tandis que les aspects environnementaux comme sources constitutives de handicap sont négligés.

### **2.4.3. Le handicap du point de vue environnemental.**

Dès lors, Delcey (2002) explique que le modèle individuel, c'est-à-dire la conception selon laquelle le handicap est considéré comme consubstantiel à la personne, va devoir céder la place au modèle social selon lequel le handicap est produit par les barrières physiques et socioculturelles qui font obstacle à la participation sociale des personnes dites handicapées. Le constat est clair, car les deux variables de ce modèle sous-estiment la notion d'incapacité, dans la mesure où l'une est strictement environnementaliste alors que l'autre est sociopolitique. Nous parlons de sociopolitique parce que les intéressés se considèrent comme une minorité stigmatisée et opprimée situant leur combat du point de vue des droits de l'homme, voient le jour, leur influence restera néanmoins limitée.

Ainsi, en 2002, la Classification Internationale des Handicaps cède la place à la Classification Internationale du fonctionnement du corps et de la santé, pour qui le handicap est le produit de l'interaction entre les facteurs personnels et sociaux d'une personne et les facteurs environnementaux. Cette nouvelle classification conforte, parmi les acteurs du champ social, la minorité de personnes qui expliquent sans relâche depuis des années que le handicap est de situation, c'est - à dire que la personne ayant une ou plusieurs déficiences peut être ou non en situation de handicap selon que l'environnement comporte ou non des obstacles infranchissables par la personne en raison d'une ou plusieurs déficiences dont elle est atteinte.

Fougeyrollas et Bergeson (2013) propose un Processus de production des handicaps et distingue, parmi les facteurs environnementaux, ceux qui sont personnels et ceux qui sont contextuels. Ce dispositif est intelligent et reflète bien une préoccupation sociologique qui vise à replacer l'homme handicapé dans la société. Une étude a constaté que cette proposition qui rencontre un succès d'estime dans certains milieux associatifs, de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes présente l'inconvénient d'être trop complexe pour un usage clinique et social au quotidien. Certaines formulations, telles que habitudes de vie sont difficilement transposables, de même que le processus de production.

### **2.4.4. La spécificité du handicap moteur : Paraplégie et diplégie.**

Le handicap moteur recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte totale ou partielle de la motricité. Ces troubles sont généralement des handicaps visibles, mais leur expression et leurs conséquences sont très variables. On y trouve notamment :

- les utilisateurs de fauteuils roulants ;

- les personnes se déplaçant à l'aide d'une ou deux cannes ;
- les utilisateurs de déambulateurs ;
- les personnes ayant des difficultés à bouger les jambes et/ou les pieds – les malmarchants, etc.

Le handicap moteur peut être dû à une malformation ou une maladie, une atteinte congénitale, un accident ou tout simplement au vieillissement. Il peut survenir à la suite d'une maladie acquise plus tard ou de différentes formes de traumatismes. Nous avons par exemple le cas de la paraplégie. Elle est une condition médicale qui se caractérise par une paralysie partielle ou totale des membres inférieurs et, dans certains cas, l'abdomen. Elle est généralement causée par une lésion de la moelle épinière au niveau thoracique ou lombaire. Les personnes atteintes de paraplégie ont souvent besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer.

La diplégie est un terme médical utilisé pour décrire une forme de paralysie qui affecte principalement deux membres du corps, généralement les jambes. Elle peut être causée par diverses conditions telles que la paralysie cérébrale, où les muscles des membres inférieurs sont particulièrement touchés. La diplégie statique par exemple, est caractérisée par des muscles raides et tendus, ce qui peut entraîner des difficultés de mouvement et de coordination.

Il est bien évident que personne ne peut et ne doit être réduit au seul trouble qui est à l'origine de sa déficience car le handicap reste situationnel. C'est bien souvent l'environnement, qui n'est pas adapté au plus grand nombre, qui y contribue. Ce sont surtout les facteurs socio-environnementaux qui constituent des obstacles aux capacités motrices. Les réductions d'activités qui en découlent, ne conduisent pas automatiquement à des situations de handicap, d'une part parce qu'elles peuvent être plus ou moins fortes et d'autre part parce que le contexte social dans lequel elles s'exercent joue un rôle primordial.

## **2.5. DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE.**

Nous utilisons très souvent certaines expressions pour désigner le développement communautaire. Il s'agit des appellations telles que : développement local, gestion des terroirs, développement rural décentralisé etc. Toutes ces appellations ont pour vocation de décrire une situation unique. Il s'agit de mettre les populations au centre de leurs préoccupations dans la conception et la mise en œuvre des actions de développement. Malgré cette convergence des visions, le concept de développement communautaire et les pratiques qui s'y rattachent se

caractérisent par la multiplicité des discours et des programmes, tour à tour complémentaires et contradictoires.

### **2.5.1. Évolution du développement communautaire.**

Pour certains auteurs, le développement communautaire est un concept ancien. D'après une étude de Katalyn Kolosy (1997) qui estime que les racines de ce concept montrent que vers la fin des années 1950 le concept prend la forme d'une théorie du développement endogène à travers les travaux de John Friedmann et Walter Stöhr. Selon eux, le développement endogène est une approche volontariste, axée sur un territoire restreint, qui conçoit le développement comme une démarche partant du bas, privilégiant les ressources endogènes. Autrement dit, elle fait appel aux traditions et potentialités locales et insiste particulièrement sur la prise en compte des valeurs culturelles et sur le recours à des modalités coopératives.

Pourtant aujourd'hui, il existe des liens entre le développement communautaire et des références politiques et économiques qui prennent leur essor avec les politiques de décentralisation des années 1980. La recherche d'Ebersold (2002) a permis de cerner la définition des facteurs politiques, économiques et sociaux qui ont influencé le développement de l'organisation communautaire au cours des années 1980. Cependant, alors que ces années étaient reconnues comme étant celles de la démobilisation et de l'individualisation, des indices ont pointé dans la direction contraire : la prolifération des groupes communautaires, le Colloque de Victoriaville et la mise sur pied du Regroupement des intervenantes et intervenants en action communautaire. Les nouvelles circonstances appellent néanmoins un changement de pratique qui se traduit par l'utilisation accrue du groupe en organisation communautaire, de même que la repolitisation par le courant d'empowerment. Les auteurs proposent les cuisines collectives comme exemple d'une nouvelle pratique de l'organisation communautaire. (Deslauriers, et Bourget 2005).

En effet, en réaction à ces données économiques, le développement communautaire ou local, en tant que recherche d'un équilibre local à travers l'auto-efficacité qui s'appuie sur la pluralité et l'inclusion des activités, peut être vu comme une réponse efficace. Comme Mounier (2008) l'a montré, loin de constituer une entrave à la poursuite du processus d'intégration, la différenciation admise à l'égard d'entités territoriales locales membres permet de poursuivre sur cette voie. L'auteur ajoute que la crise amène à privilégier le plan local par rapport au plan national et rencontre sur le terrain des poussées sociales, culturelles et identitaires. Ceci étant,

le local s'approprié en quelque sorte le développement pour en faire un concept et une pratique globale, une stratégie territoriale intégrée, solidaire, durable.

Ainsi, entre les enjeux nationaux et les réalités locales, la planification appuie les leviers locaux du développement, en faisant participer les acteurs à la base à l'élaboration des plans locaux et en aidant à la formulation de projets de développement communautaire. L'auteur affirme « les corporations constituent une nouvelle forme de mobilisation et de politisation des organismes communautaires au Québec. Leurs actions tournent autour de deux axes : le renforcement et la consolidation des organismes et le développement de la collectivité. » (Chagnon, 2008, 65). C'est la raison pour laquelle, au-delà de sa dimension économique, sociale, culturelle, spatiale et durable, le développement communautaire est souvent interprété comme un processus de transformation qui accompagne la croissance dans une évolution à long terme. En clair nous pouvons dire que les acteurs œuvrent à l'amélioration des conditions de vie de leur territoire, ce qui passe, notamment, par le développement des activités de production, de la santé, de l'éducation, de l'emploi et de l'approfondissement de la démocratie et de la gouvernance locale.

## **2.5.2. Les caractéristiques du développement communautaire**

Le développement communautaire repose sur quatre composantes qui sont consubstantielles les unes aux autres.

### ***2.5.2.1. Le développement communautaire et l'existence d'un problème collectif.***

Le développement communautaire porte sur un problème commun à un ensemble de personnes, une population, une collectivité ou une communauté. La population ne constitue pas nécessairement un groupe organisé, et si elle est déjà organisée, elle n'a généralement pas besoin de l'aide de travailleurs sociaux. La nouvelle action publique ainsi que des initiatives privées basées sur la concertation et la mobilisation des communautés interpellent les intervenants communautaires dans leur pratique et leur éthique. La multiplication des agents de développement des communautés et l'apparition du développement de territoire invitent les intervenants communautaires à décloisonner leur pratique et à relever des défis d'un type nouveau afin de mieux soutenir les systèmes d'action collective locale ciblant les enjeux transversaux autour d'un projet de développement intégré. Autrement dit, il arrive souvent que les intervenants communautaires, soit d'initiative, soit parce que cela leur est demandé par les programmes ou les institutions dans lesquels ils sont amenés à travailler, soient amenés à faire du travail communautaire sans que la population en soit demandeuse. Il convient de faire

prendre conscience à la population de la nature collective de ses problèmes avant d'imaginer avec elle les, ou des, solutions collectives qui en découleraient.

### ***2.5.2.2. Le développement communautaire : une participation des gens à la résolution des leurs propres problèmes.***

La réponse au problème devra être collective elle aussi. Dans ce sens, toutes les personnes concernées par un problème doivent agir ensemble, à toutes les étapes du processus. Les recherches menées par Mercier et al (2007) prouvent que la population d'abord en tant que première concernée par les problèmes, mais aussi les intervenants communautaires et leurs partenaires de tous ordres (associatifs, institutionnels, politiques, économiques...) vont penser et agir ensemble. Les auteurs ont les mots justes lorsqu'ils affirment: « Favoriser la participation des citoyens et citoyennes, en valorisant et développant la démocratie participative, de façon à permettre aux personnes, groupes et organismes de la communauté de prendre part aux décisions qui les concernent. » (Mercier et al. 2007, p.6). Autrement dit la population est considérée ici non pas comme consommatrice de services mis à sa disposition, mais comme un ensemble de citoyens, d'acteurs, de producteurs de leurs propres réponses collectives. On ne fait donc pas pour la population mais avec elle.

Par ailleurs les recherches de Craig et Yanacopoulo (2015) dans leur article réalisent une revue des principales influences qui ont marqué le développement de la théorie et de la pratique du travail communautaire au Royaume-Uni. L'auteur analyse le contexte politique dans lequel ont travaillé les animateurs communautaires et, plus particulièrement, l'évolution de leur relation avec l'État. Pour que le travail communautaire conduise au changement social, les animateurs communautaires doivent interpréter clairement la nature de l'État, les diverses manières dont les conflits sociaux se déroulent à travers lui et les voies offertes par leur appui et leur participation à l'action progressiste.

### ***2.5.2.1.3. Le développement communautaire : L'existence d'un partenariat***

Le développement communautaire requiert un travail en réseau, ou de collaboration. Caillouette (2008) s'inscrit dans le cadre de la théorie de la régulation, elle s'interroge sur le partenariat État/organismes communautaires sous l'angle d'un enjeu pour l'implantation d'un nouveau modèle de développement postprovidentialiste. Le scénario exploré est celui d'une mobilisation communautaire vers un modèle où l'État deviendrait partenaire de la société civile. Par conséquent le travail en développement communautaire ne se fait pas seul, le problème étant collectif, il touche un ensemble de personnes, institutions,

cadres différents, ayant des rôles et des fonctions différentes par rapport au problème, ses origines et ses manifestations, autant de personnes qui doivent donc, de façon plus ou moins étroite et active selon les partenaires et selon les moments du processus, travailler ensemble. Les auteurs estiment encore que « susciter des partenariats à l'intérieur des lieux de concertation volontaires, dans des stratégies et mécanismes permettant une vision globale intégrée des problèmes reconnus, et le rassemblement des acteurs dans la recherche des solutions faisant consensus. » (Mercier et al. 2007, p.6). Dans ce sens parmi ces partenaires, les différents pouvoirs, publics ou non, c'est-à-dire ceux qui ont un pouvoir de décision sur le problème et ses solutions, devront à un moment donné être parties prenantes au processus.

#### ***2.5.2.4. Le développement communautaire : la création d'un climat propice à l'action.***

La réponse est bien souvent territorialisée, localisée ; elle s'inscrit en tout cas à un niveau d'intervention microsocial qui permet les échanges directs et concrets entre les gens, qui permet une expression réelle, de fait et non seulement théorique ou de droit, un niveau qui permet l'établissement de liens sociaux réels, non virtuels ou distants. L'action communautaire se déroule par définition sur la place publique. La notion du secret professionnel, si chère aux intervenants communautaires, se travaille de manière un peu différente en travail communautaire : tout ne doit pas se dire, bien au contraire, mais l'action doit par définition se faire connaître si elle veut avoir une chance d'aboutir en touchant le plus grand nombre.

Il s'agit de changer la situation en profondeur et non de trouver une réponse temporaire ou immédiate à un problème ponctuel. Il s'agit d'innover, d'inventer, de créer des formes nouvelles de structures ou d'organisation, des modes de fonctionnements nouveaux qui répondent mieux aux problèmes de la population que les institutions ou services existants.

#### **2.5.1. Le développement communautaire et les personnes vivant avec un handicap**

##### ***2.5.2.5. Les avantages de l'intégration des personnes vivant avec un handicap au développement communautaire.***

De nouveaux travaux mettent en évidence les avantages liés à l'intégration des personnes handicapées en milieu de travail, tant au niveau de l'employeur que de l'employé, de l'effectif au sens plus large ou de la société dans son ensemble. Kendall et Karns (2018) ont constaté que l'intégration de personnes handicapées dans le marché du travail a fait l'objet de peu de recherches qui, par ailleurs, permettraient de fournir des données concrètes pour appuyer l'embauche de personnes handicapées. Comme l'affirment Lengnick-Hall, Gaunt et Kulkarni, (2008, p.102) la plupart des recherches effectuées à ce jour se sont penchées sur la « perspective

axée sur l'offre », autrement dit sur « l'examen des questions liées à la préparation des personnes handicapées à devenir de bons candidats à l'emploi ». Pratiquement aucune recherche ne s'est penchée sur la perspective axée sur la demande, et n'a cherché à comprendre pourquoi les employeurs emploient (ou n'emploient pas) des personnes handicapées. De plus, Hartnett et al, (2011). Ont constaté que peu de recherches ont porté sur l'importance du maintien en poste des employés handicapés.

Il est particulièrement urgent d'aborder la question des pratiques d'embauche inclusives compte tenu des personnes en situation de handicap de notre population, de l'augmentation des cas de maladies chroniques et des pénuries de main-d'œuvre qualifiée (Miethlich & Oldenburg, 2019). Dans cette perspective, l'inadéquation entre les compétences des travailleurs handicapés et l'emploi est également préoccupante. Il est important, dans le cadre des efforts de sensibilisation des employeurs au potentiel sous-estimé des travailleurs handicapés, d'exprimer clairement les avantages liés à l'intégration de ces travailleurs, non seulement en termes de bien collectif, mais aussi de résultat net pour l'employeur. Cette étude donne une vue d'ensemble des avantages d'embaucher des personnes handicapées, qui s'étendent de l'augmentation de la productivité, de la diminution de l'absentéisme et de l'amélioration des résultats financiers de l'employeur à des avantages plus généraux liés au bien-être individuel et au développement communautaire.

De façon générale, l'embauche de personnes handicapées peut être un bienfait pour tous : les employés, les employeurs et la société. Elle réduit le chômage des personnes handicapées, ce qui leur permet d'obtenir des revenus, de subvenir aux besoins de leur famille, de progresser dans leur carrière et de contribuer par là-même à l'organisation et à la société. Les employeurs augmentent la réserve de talents au sein de leur personnel, ce qui accroît les chances de réussite de l'organisation. Pour la société en général, lorsqu'un plus grand nombre de personnes occupent un emploi rémunéré, cela signifie que moins de gens bénéficient de l'aide sociale ; de plus, ces salariés paient davantage d'impôts et ont un revenu disponible plus élevé, puisque les personnes qui occupent un emploi ont un plus grand pouvoir d'achat que les chômeurs (Beyer & Beyer, 2020). L'article de Lengnick-Hall cite une étude américaine de Riley (2006) qui fait ressortir que, si davantage de personnes handicapées occupaient un emploi, la société pourrait économiser jusqu'à 37 milliards de dollars US chaque année au seul titre du paiement de prestations (Lengnick-Hall, Gaunt & Kulkarni 2008).

### ***2.5.2.5. Les avantages pour la communauté dans son ensemble.***

Les pratiques d'embauche inclusives, à l'instar de nombreuses politiques qui s'attaquent aux inégalités sociales, présentent des avantages qui s'étendent bien au-delà du milieu de travail et de l'ensemble des travailleurs. Selon Stephen Beyer et Annie Beyer, l'embauche de personnes handicapées devrait être une priorité tant pour la personne elle-même que pour la société dans son ensemble : « Les emplois inclusifs peuvent constituer une priorité politique au titre des droits de la personne, ou parce que nous considérons que l'emploi inclusif peut nous apporter des résultats non financiers importants : une meilleure qualité de vie, une intégration sociale accrue, et la protection et l'amélioration de la santé psychosociale et physique » (Beyer, S. & Beyer, 2020 p 69). Ces éléments sont repris dans le document du Conference Board du Canada en 2014, « Business Benefits of Accessible Workplaces », qui décrit les avantages liés à l'embauche de personnes handicapées pour la société et son mieux-être :

- Les personnes handicapées représentent un important marché de consommateurs.
- L'inclusion revêt de l'importance aux yeux des consommateurs et peut promouvoir une image de marque positive en plus d'assurer la fidélité de la clientèle.
- Une meilleure gestion de l'incapacité peut réduire l'absentéisme et les coûts qui en découlent.
- Une meilleure intégration des personnes handicapées dans la population active rémunérée permet d'alléger le fardeau fiscal, car elle se traduit par une réduction des montants consacrés au soutien du revenu et une augmentation du PIB.

Une étude menée en Ontario par Kemper et coll., en 2010, présente certaines données qui démontrent que l'embauche de personnes handicapées offre des avantages pour la société, en ce sens qu'elle indique clairement qu'il existe de vastes réserves de capital humain inexploité qui peuvent contribuer à la prospérité de l'Ontario. Les auteurs estiment que permettre aux personnes handicapées de participer plus activement au marché du travail aura une incidence positive qui ira bien au-delà de l'augmentation du revenu familial, et entraînera une hausse du PIB par habitant en Ontario pouvant atteindre 600 dollars par an. Selon ces auteurs, une amélioration des normes pour atteindre la parité en matière d'éducation générerait une nouvelle hausse du PIB par habitant de 200 dollars en Ontario. De plus, leurs données donnent à croire que certains secteurs pourraient servir les marchés mondiaux en créant des grappes d'entreprises axées sur l'accessibilité, et que les industries du commerce de détail et du tourisme pourraient connaître une croissance accélérée (Kemper et al., 2010).

## **CHAPITRE 3 : L'APPROCHE THÉORIQUE.**

Notre étude a consisté à analyser la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I et participation au développement communautaire. Elle s'est centrée sur les difficultés des personnes en situation de handicap moteur à participation au développement communautaire. En effet, la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur se déroule dans un environnement qui peut rendre leur vie rendre plus difficile. Dans ce chapitre qui porte sur les théories explicatives en lien avec notre recherche, nous allons faire usage du PPH (processus de production du handicap) proposé par Fougeyrollas (2010), du modèle social du handicap et le modèle de l'empowerment communautaire.

### **3.1. LA THÉORIE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP**

La classification québécoise (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté & St-Michel, 1998) aussi appelée modèle de processus de production du handicap (PPH), aborde le handicap comme un produit historique de l'interaction entre les caractéristiques spécifiques que possède un individu sur l'aspect organique, fonctionnel et identitaire et les caractéristiques de son contexte de biotope réel. Dans ce sens le PPH met un accent, non seulement sur l'environnement de la personne en incapacité motrice, mais également sur les habitudes quotidiennes de vie qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (Fougeyrollas, 2010). Cette théorie permet de rendre compte de la dynamique du processus interactif entre deux facteurs. Il s'agit des facteurs personnels et des facteurs environnementaux qui rendent compte de la production du handicap.

La compréhension et l'explication du phénomène par le modèle du processus de production du handicap, sont axées sur trois domaines conceptuels : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Bien plus, le modèle inclut les facteurs de risques qui peuvent provenir soit de l'individu soit de l'environnement et qui peuvent être à l'origine d'une maladie, d'un traumatisme ou de toutes autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. Les facteurs personnels participent de fait au processus handicapant. Ils correspondent à des caractéristiques intrinsèques appartenant à la personne, tels que l'âge, le sexe, l'appartenance culturelle significative pour la personne, les systèmes organiques, les aptitudes et toutes les autres informations qui nous donnent des éléments propres à l'identité de la personne. Les facteurs environnementaux sont extérieurs à la personne. Ils sont constitués des dimensions physiques qui sont relatives à l'environnement physique et à

l'organisation du territoire et des dimensions sociales qui sont constituées du contexte politique, du contexte socioculturel et qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. Ces facteurs peuvent être considérés comme des facilitateurs ou des obstacles. Dans cette perspective, le point d'ancrage réside dans la prise en compte des facteurs environnementaux comme obstacles ou facilitateurs ou à la fois d'obstacles et de facilitateurs. Un obstacle est défini comme ce qui empêche de passer ou encore un facteur qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels alors qu'un facilitateur contribue à la réalisation des habitudes de vie. Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques personnelles (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Stiker (2017) estime qu'elle représente ce que fait la personne dans sa vie courante.

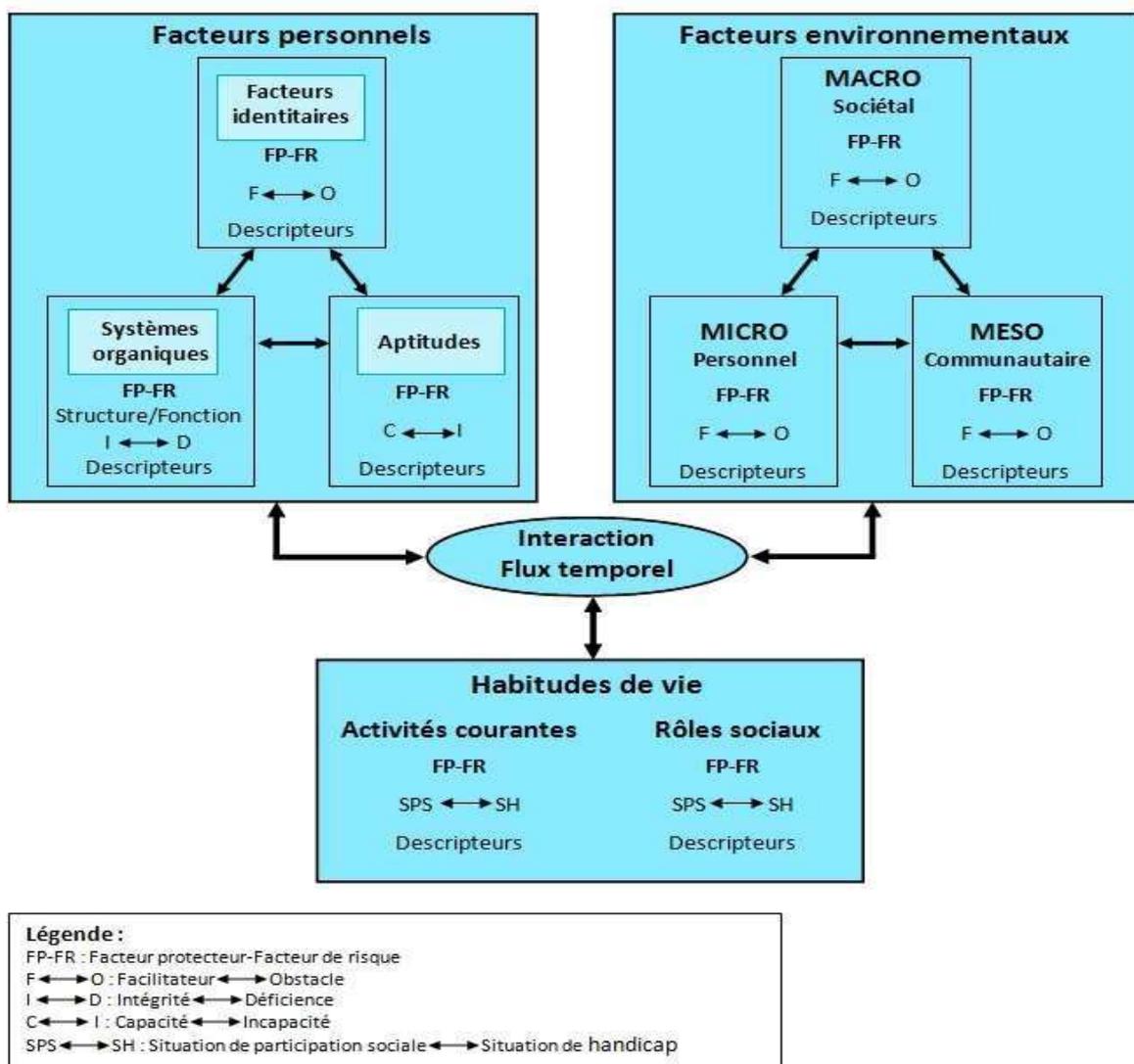
Fougeyrollas (2010), dans sa classification, identifie également six activités courantes (les communications, les déplacements, la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels et l'habitation), et six rôles sociaux (les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail et les loisirs). Dans cette perspective, la réalisation des habitudes de vie correspond à une situation de participation sociale résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les obstacles et les facilitateurs). À l'opposé, la non-réalisation des habitudes de vie correspond à une situation de handicap résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. La situation de handicap est ainsi un outil de mesure de réalisation réduite ou perturbée des habitudes de vie.

En 2010, une bonification de la classification du PPH est proposée par Fougeyrollas. Cette nouvelle proposition est appelée le modèle de développement humain et processus de production du handicap (MDH-PPH2). Les modifications apportées touchent la place qu'occupent les facteurs de risque dans le PPH. Ces derniers sont, désormais, incorporés à l'intérieur des trois domaines conceptuels que sont les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Par ailleurs, les facteurs environnementaux se décomposent en environnement sociétal ou macrosocial, en environnement communautaire ou mésosocial et en environnement personnel ou microsociale. Selon Rulloc et Ott (2015), le micro-environnement personnel est constitué du domicile, des proches, du poste de travail, le méso-environnement communautaire comporte les commerces du quartier, les transports, les attitudes et le degré d'information des personnes avec qui on interagit pour réaliser ses rôles sociaux dans

la communauté. Il concerne également la conception universelle des infrastructures (bâtiment, urbanisme, technologie) de la communauté. Le macroenvironnement sociétal est, lui, composé des lois, des politiques, de l'organisation des services et des missions des partenaires, des orientations des décideurs et des processus de définition des priorités et des budgets de santé et de développement social, de l'influence du mouvement associatif de défense des droits. L'interaction est considérée comme un flux constant dans le temps qui marque le point de convergence central d'une influence mutuelle entre les dimensions.

**Tableau 1:Modèle de développement humain et processus de production du handicap (MDH- PPH2) (Fougeyrollas, 2010).**

**Modèle de développement humain  
et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2)  
(Fougeyrollas, 2010)**



Le modèle du processus de production du handicap (PPH2) permet d'analyser la façon dont le handicap se construit dans la trajectoire de vie de la personne en incapacité qui vit dans un environnement qui lui impose des contraintes. Elle interagit avec celui-ci dans la réalisation de ses activités quotidiennes.

### **3.1.1. L'environnement physique comme producteur d'obstacles : l'espace public.**

Gottman (1950) définit « l'espace géographique comme un espace accessible aux hommes » (p. 60). Au-delà de la simple territorialité physique figée, Gottman laisse voir, en creux, un espace où cohabitent des groupes humains qui interagissent avec l'environnement. L'idée sera approfondie à travers les recherches menées par Isnard (1978) pour qui l'espace géographique est une construction sociale mettant en œuvre des relations du type : espace et rapport de parenté, espace et rapports ethniques, espace et rapport de production. Dans cette perspective nous pouvons dire que l'espace géographique est, d'abord, une entité organisée. Parler de l'espace géographique, c'est donc décrire la manière dont une société humaine crée un espace et l'organise. Les géographes Brunet, Ferras et Théry (1992) proposent un cadre à cet effet. Ils distinguent, notamment, cinq actions (habiter, s'approprier, exploiter, communiquer et échanger, gérer) et six catégories d'acteurs (les individus et leurs familles, les groupes, les entreprises, les collectivités territoriales, les États, les structures supranationales). Dans leur répartition, ces auteurs distinguent, d'un côté, l'espace par rapport aux actions qui y sont menées, et de l'autre, les catégories d'acteurs qui laissent deviner les modalités de leur usage de l'espace. Nous ne considérerons pas les acteurs dans une indifférenciation générale, puisque nous nous préoccupons particulièrement du cas des personnes à mobilité réduite qui éprouvent des difficultés à se mouvoir dans l'espace géographique qui est le leur.

En effet, le modèle de processus de production du handicap montre comment la mobilité dans l'espace est un problème majeur rencontré par la personne en incapacité motrice, que ce soit au niveau de son domicile ou dans des espaces publics. L'espace est, généralement, aménagé sans que l'on prenne en compte ses besoins spécifiques. À titre d'exemple, les escaliers sont encore largement imposés comme unique moyen pour accéder aux étages des immeubles, les portes et couloirs des édifices publics et privés sont, dans de nombreux cas, trop étroits pour la personne en fauteuil roulant, les caniveaux sont habituellement ouverts, les trottoirs ne sont pas suffisamment larges ou même inexistantes et les multiples routes non goudronnées sont encore jonchées de cailloux, de pierres et de bourbiers. D'ailleurs, dans certains quartiers, les routes principales et davantage encore les routes secondaires présentent

d'énormes difficultés, même pour des voitures à quatre roues. Ainsi, la personne ne peut se rendre où elle veut par manque de routes appropriées. Si elle brave ces obstacles, elle va certainement se retrouver devant un caniveau ouvert qu'elle ne peut enjamber. Une fois sur le trottoir, elle peut être bousculée par un passant du fait de l'étroitesse de cet espace.

Nous avons vu dans des écoles des personnes boiteuses, assises sur les chaises roulantes complètement en difficulté dans les bâtiments à cause des marches à gravir. Cette expérience nous montre que le facteur producteur de handicap est bien plus complexe que la seule accessibilité au lieu. Le rapport de la personne à un tel environnement est producteur de handicap.

Tout ceci peut conduire à une désocialisation qui impactera le développement communautaire. Dans de telles conditions, la personne sera démotivée et cela pourrait porter à conséquence : par la perte d'occasions de développement personnel, une limitation de sa participation à la vie communautaire. Cette entrave constituerait du coup un facteur qui, au-delà du lieu, produit le handicap. Cependant, les personnes à mobilité réduite font des efforts importants pour contourner l'obstacle. Elles se créent elles-mêmes les moyens de facilitation.

Ainsi, la personne à mobilité réduite, dans un environnement constitué d'obstacles physiques, est amenée soit à s'adapter à cet environnement hostile et à accepter de ne plus poursuivre ses activités, soit à trouver des voies et moyens pour que l'environnement s'adapte à son incapacité motrice dans la réalisation de l'activité professionnelle et permette par-là d'assurer la participation sociale.

La difficulté d'accès aux édifices publics se pose avec plus d'acuité dans les établissements scolaires et universitaires. Ceux-ci sont, pour la majorité, dotés seulement d'escaliers qui freinent la possibilité pour les élèves en incapacité motrice d'assister aux cours. Ainsi, à l'école comme à l'université, la personne en fauteuil roulant sera chaque fois en difficulté quand il s'agira d'accéder à une salle de cours ou d'en sortir, ou même quand il s'agira d'entreprendre certaines autres actions. Ces établissements sont constitués d'immeubles à plusieurs étages sans ascenseurs ni rampes, avec une distribution des espaces d'activités pédagogiques qui ne tient pas compte des personnes à mobilité réduite. À titre illustratif de ce rapport conflictuel entre la personne handicapée et son environnement, les bâtiments qui hébergent la bibliothèque, la salle informatique ainsi que les bureaux de l'administration ne sont pas toujours accessibles.

Les élèves, tout comme les étudiants et autres acteurs à mobilité réduite, se voient de fait exclus de certains cours et autres activités. Les administrations en charge de ces établissements ne se préoccupent ni de la personne, ni des difficultés qu'elle peut rencontrer. Cette attitude de l'administration montre combien le handicap moteur est visible physiquement, mais reste invisible par l'administration. Nous sommes en effet dans un contexte où les difficultés des personnes en incapacité ne constituent pas une préoccupation pour les administrations dont elles sont les usagers. L'on ne tient pas compte des cas des personnes en incapacité lorsqu'il faut construire des édifices publics avec des normes spécifiques. Dans ce cas, le modèle du processus du handicap explique que ce n'est pas seulement l'incapacité motrice qui crée le handicap, mais la rencontre de la personne avec un environnement dont elle ne peut pas aisément faire usage, notamment celui où les administrations en sont venues à banaliser le phénomène du handicap en le produisant du même coup comme tel.

### **3.1.2. Le taxi : prix prohibitif et absence de civilité de la part des chauffeurs**

Selon Ndzana et al. (2012), les taxis constituent les trois quarts du trafic urbain à Yaoundé. Ce sont des voitures de tourisme peintes en jaune. Ils circulent au gré des destinations et des offres des clients. L'administration a fixé des prix, mais les négociations sont habituelles en fonction du moment (heures de pointe ou heures creuses) ou de la distance. Les prix homologués sont : 300 F CFA de 6 heures à 22 heures et 350 F CFA de 22 heures à 6 heures. Pour une course, le prix est de 3000 F CFA l'heure, dans la première tranche horaire, et de 3500 F CFA l'heure dans la seconde. L'autre option de transport en taxi est le dépôt. Comme dans la course, le client a l'exclusivité dans le véhicule. Par contre, il ne paye pas à l'heure, mais plutôt pour aller d'un point de la ville à un autre. Le prix de la course varie aussi selon les plages horaires de 2500 à 3000 F CFA indépendamment de la distance et du temps mis. Comme dans ce genre de transport en commun, le véhicule cherche ses clients en roulant, les chauffeurs n'ont pas toujours le temps et ne sont pas toujours disposés à fournir les efforts nécessaires pour accueillir et installer la personne en incapacité motrice dans le véhicule avant de ranger son fauteuil en lieu sûr. Pour acheter cet accueil et cet accompagnement, la personne à mobilité réduite est, dans le meilleur des cas, obligée de proposer une somme bien supérieure au tarif homologué. Sinon, elle se paie une course ou un dépôt cinq à six fois plus cher. Si la personne en incapacité motrice est sur un tricycle, elle peut prendre souvent le risque de s'accrocher de sa main gauche au flanc droit du taxi et de tenir le guidon de son engin de sa main droite et faire ainsi route avec son hôte roulant. L'image l'illustre bien.



**Image 1 :** Personne en incapacité motrice s'accrochant à un véhicule.

Tous les transporteurs ne s'arrêtent pas à la demande d'une personne en fauteuil roulant parce qu'ils entendent généralement, d'une part le temps qu'ils vont perdre, associé aux efforts à fournir pour la faire entrer dans le véhicule et ranger le fauteuil et d'autre part, les efforts supplémentaires à déployer pour apprêter le fauteuil à l'arrivée, le sortir du véhicule et y installer la personne à mobilité réduite. À cause de cette difficulté, un tarif spécial est imposé à la personne, qui excède généralement le double du tarif réclamé à une personne valide. Les personnes qui ne disposent pas de moyens financiers se retrouvent dans l'obligation soit de faire le chemin avec le fauteuil, soit de passer plus de temps à attendre qu'un chauffeur charitable accepte de les transporter à un prix accessible.

### **3.1. Le processus de production de handicap et le modèle social.**

Le modèle social explique le handicap par l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles qui font obstacle non seulement à la participation sociale mais aussi à la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Ainsi le contexte socioculturel concerne le cadre familial, l'entourage et le cadre religieux. Le contexte socio culturel se manifeste dans des représentations qui gèrent des attitudes et permettent de les justifier. Par représentation sociale, en nous appuyant sur Jodelet, nous entendons les systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres et qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales (Jodelet, 1989).

### **3.1.1. Origine, postulat du modèle social**

Le « modèle social » du handicap développé par Michel Olivier dans les années 90 s'est donné pour objectif d'expliquer le handicap par l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles qui font obstacle non seulement à la participation sociale mais aussi à la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Ce modèle puise ses origines dans le modèle individuel et le modèle biomédical traditionnel. Michael Oliver pense que le handicap constitue un modèle social qu'il faudrait plus justement opposer à un « modèle individuel » du handicap dont la médicalisation ne constituerait qu'une composante. Il a les mots justes lorsqu'il affirme : « tout ce qui impose des restrictions aux personnes handicapées, du préjugé individuel à la discrimination institutionnelle, des bâtiments publics inaccessibles aux moyens de transport inutilisables, de l'éducation ségrégative aux dispositifs de travail qui excluent... » (Olivier, 1990, p.23).

Le modèle social du handicap puise ses racines dans le modèle médical. Encore appelé modèle curatif, Ravaut indique qu'il est fondé sur la recherche des causes des maladies qui permet de trouver les clés de leur guérison, l'éradication de l'agent pathogène pouvant permettre de faire disparaître la maladie. (1999, p.66). La prise en charge est centrée sur la maladie au sens général et non sur le malade comme cas particulier. La prise en charge est spécialisée et technique et en réseau. En effet, après orientation par son médecin généraliste ou par les urgences, le patient est adressé par un médecin expert d'un type particulier de prise en charge qui focalise son attention sur la pathologie et utilise des démarches diagnostiques spécialisées. Ce modèle appréhende la santé comme l'absence de maladie, de douleur ou d'anomalies biologiques. In fine, le modèle médical du handicap est une approche individuelle d'une part basée sur le diagnostic de la maladie, d'autre part sur un traitement utilisant souvent le travail manuel pour guérir une personne malade. La définition de la santé par l'OMS va de l'absence de maladie pour la définir comme le bien-être mental, physique et social à la possibilité de fonctionner de façon optimale dans son environnement. (Ravaut, 1999, p.66). Par conséquent trois limites peuvent être relevées dans le modèle médical : d'abord l'approche causaliste pathologie-incapacité, ensuite la variabilité intra/inter-individuelle, enfin l'absence d'un environnement favorable.

En 1980 cette insuffisance du modèle biomédical sera à l'origine d'un nouveau paradigme qui prendra en compte l'aspect du désavantage social introduit par le CIH. Il s'agit du modèle de Wood qui expliquait l'expérience sociale négative des personnes par leurs

attributs personnels (le modèle individuel). La première avancée du modèle de Wood distingue quatre niveaux dans le processus de création du handicap :

- Le niveau des déficiences, définies comme des pertes de substance (amputations, ablations d'organes, etc.) ou des altérations des fonctions physiologiques, psychologiques ou mentales, sous la condition qu'elles soient durables. Dans ce sens, Ebersold a les mots justes lorsqu'il pense que la déficience est une « perte de substance ou une altération physiologique, anatomique ou mentale, provisoire ou définitive : elle peut donc se situer au niveau intellectuel, verbal, comportemental ou sensoriel, moteur ou viscéral » (1997, p.18)

- Le niveau de l'incapacité, définie, pour leur part, comme des difficultés à réaliser un certain nombre d'actes de la vie courante. Jover renchérit en l'assimilant à toute réduction, partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité d'une façon considérée comme « normale » pour un être humain (2014, p.12).

- Le niveau du désavantage, social, à savoir l'impossibilité d'assumer un rôle social considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et de variables socioculturelles. Il correspond à la dimension situationnelle du handicap. Il résulte de l'un des deux niveaux supérieurs une déficience ou une incapacité qui « limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec son âge, son sexe, compte tenu des facteurs sociaux et culturels qui lui sont propres. Ce niveau constitue l'aspect situationnel du handicap. » (2014, p. 12).

Cette brève présentation du modèle social du handicap se veut suffisamment générale pour englober les différentes versions et interprétations qui peuvent en être données, selon que l'on met par exemple l'accent sur les barrières environnementales, en se focalisant sur le problème de l'accessibilité, ou bien sur les violations des droits humains fondamentaux, en mettant au premier plan le problème de la discrimination ou de l'appartenance ; ou encore que l'on insiste davantage sur les pratiques sociales de relégation des personnes handicapées hors des activités auxquelles peuvent prétendre les citoyens valides, ou bien sur les constructions sociales qui censurent *a priori* l'attribution d'une valeur positive aux déficiences et aux incapacités. En effet, contre le discours des professionnels de la santé et de l'assistance qui maintiennent les personnes handicapées dans les limites parfois étroites que leur impose leur moindre ou leur absence d'autonomie fonctionnelle, le modèle social, en distinguant celle-ci de l'autonomie normative, promeut ainsi une définition de l'indépendance dans laquelle elle n'a rien à voir avec la possibilité de tout faire par soi-même sans avoir besoin d'autrui, mais tout avec la possibilité non seulement d'obtenir l'aide d'autrui quand, précisément, on en a besoin,

mais aussi de contrôler les manières dont cette aide est apportée et les finalités qu'elle sert (Reindal, 1999). In fine, comme nous l'avons vu, le modèle social, tout en étant congénitalement gouverné par les valeurs de l'émancipation, de l'autodétermination et de la réalisation de soi, contribue à faire éclater les classifications qui inscrivent au cœur du corps social une frontière, de nature ou de condition, entre l'autonomie et la vulnérabilité, l'indépendance et la dépendance.

### **3.1.1. Les relations familiales : inhibitrices et facilitatrices de l'activité scolaire**

Le contexte familial, de par sa représentation du handicap peut, dans certains cas, constituer un motif d'exclusion. Nous nous sommes entretenus avec Rosine, une fille en situation de handicap. Elle déclare à ce sujet : « nous sommes rejetés dans la famille. On pense que tu ne sers à rien ». Ce contexte peut même être inhibiteur dans le développement de la trajectoire scolaire dans la mesure où la famille considère l'enfant en incapacité motrice comme inapte aux études, et surtout lorsque cette représentation va au-delà de l'expérience concrète pour se saisir du surnaturel. Le père de Rosine, par exemple, la considère comme un serpent : « Il dit qu'il ne sait pas comment il va faire avec le « serpent » qu'il est allé chercher... (Pleurs)... Mon papa a dit qu'il ne veut pas de ce genre d'enfant dans sa maison... (Pleurs) ». Le moment de la survenue est déterminant dans la rupture de la scolarité. Plus tôt le handicap survient chez une personne, plus vite la rupture a lieu. Il est plus difficile pour un enfant de genre féminin en incapacité motrice de poursuivre sa scolarité, car pour la famille, elle ne pourra remplir qu'un rôle de femme de ménage.

La conception qu'a sa famille du handicap empêche à ce titre la participation au développement de la famille, ce qui influencera son activité scolaire et par la suite son activité professionnelle pour finalement entraver les rôles sociaux attendus par la société.

### **3.1.2. Le langage : producteur de handicap lors de l'interaction sociale**

La communication non verbale n'est pas le seul moyen d'échanges entre les membres d'une société. La transmission d'un message se fait ordinairement à travers le langage verbal constitué des mots de la langue. Ceux-ci peuvent générer un climat de communication heureuse, comme ils peuvent être cause d'ostracisme. Dans ce cas, seules l'attitude et la conduite d'autrui vis-à-vis de la personne en incapacité ne suffisent pas pour limiter la réalisation des activités de vie de la personne. Il faut, en plus, que les paroles et expressions qui lui sont adressées y concourent. Elles amènent la personne à se culpabiliser sur son incapacité. Une culpabilisation

qui peut, pour certains, conduire à un repli sur soi ou à un isolement. Une telle attitude de la personne contribuerait à une limitation de la participation au développement communautaire dans la mesure où cela limiterait la rencontre, le contact, la communication avec son entourage ou la société. Les invectives généralement utilisées par l'entourage lors des interrelations conflictuelles qui peuvent être une dispute ou un désaccord sont « DIEU n'a pas été fou de te rendre comme ça, avec ton mauvais cœur là... ». Pour l'entourage, le handicap est une punition de Dieu méritée qui justifie l'incapacité motrice de la personne et son attitude qualifiée de méchante et de sorcière devant des situations telles que Danielle raconte.

Le langage apparaît ainsi comme un outil de rejet de l'autre, ainsi que le reconnaît le pape François dans son discours du 21 octobre 2017 aux participants au congrès sur le thème « Catéchèse et personnes porteuses de handicap » : « Des expressions qui portent atteinte à la dignité de ces personnes demeurent en raison de la prévalence d'une fausse conception de la vie. Une vision souvent narcissique et utilitariste conduit, malheureusement, de nombreuses personnes à considérer les personnes porteuses de handicap comme marginales, sans saisir en elles les multiples richesses humaines et spirituelles. Une attitude de refus de cette condition est encore trop forte dans la mentalité commune, comme si elle interdisait d'être heureux et de se réaliser soi-même ». Cette déclaration du pape montre bien que le langage est générateur de stigmatisation. Il est un obstacle à la réalisation des activités et produit de ce fait même, le handicap. Banens et Marcellini (2006) vont dans le même sens lorsqu'ils déclarent qu'« En permanence, les personnes en situation de handicap sont confrontées aux préjugés et remarques irrespectueuses venues des valides » (p. 131). Le regard stigmatise la personne en fauteuil roulant ou avec une limitation visible selon les préjugés qui se répètent jour après jour et qui exprime un sentiment de compassion, de supériorité physique, mentale, esthétique, voire sexuelle.

## **3.2. LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP ET LE MODELE DE L'EMPOWERMENT.**

### **3.2.1. Définition et les différentes dimensions de l'empowerment.**

Le mot anglais empowerment vient de l'anglais et n'est la plupart du temps pas traduit en français, mais il signifie « renforcer ou acquérir du pouvoir » : ce concept est très souvent utilisé dans l'écologie humaine notamment le service social, la psychologie sociale, le développement communautaire (Simon, 1994). Il est utilisé pour désigner une capacité d'action de la part des individus, mais également le processus mis en place pour l'atteindre. Ainsi, un

individu seul ou une collectivité peuvent utiliser ce processus afin de s'appropriier et d'exercer en autonomie un certain pouvoir (Ninacs, 2002). L'empowerment reste néanmoins un concept complexe. Il est difficile de le cerner compte tenu des nombreuses définitions et des diverses disciplines qui ont cherché à en délimiter les principales dimensions (Jetté & Charpentier, 2005). Voilà pourquoi ses origines sont multiples et variées. Ainsi, les travaux qui ont ouvert la voie aux idées d'empowerment datent d'une part des années 1960, 1970 et 1980. Dans les années 1960, 1970 Wise estime que les premières théories de l'empowerment ont été élaborées aux Etats-Unis. En effet, l'empowerment prenait en compte les opprimés, dans le but d'acquérir le pouvoir de surmonter la domination dont ils font l'objet (2005). Au cours de cette période, l'empowerment présentait trois modèles. Le premier se réduisait au développement de la croissance économique. Le deuxième modèle s'attardait sur les dimensions sociales du développement. Le troisième proposait des modèles alternatifs de développement fondés sur « le développement endogène » et « auto centré » (Tommasoli, 2004).

Mais dans les années 1980, l'empowerment est fortement marqué par le discours féministe et radical. Calvès estime que « c'est au mouvement féministe des pays du sud que l'on doit l'apparition formelle du terme empowerment dans le champ du développement international. » (2009, p.738). La théorie de l'empowerment explique que le renforcement du pouvoir des femmes passe par la transformation radicale des structures économiques, politiques, légales et sociales.

Dans le modèle soutenu par Ninacs (2002), celui-ci définit plusieurs niveaux d'empowerment : l'empowerment individuel, l'empowerment communautaire et l'empowerment organisationnel. Ces niveaux sont liés et il existe des interactions entre les différentes composantes de ces niveaux.

Selon Ninacs (2002), l'empowerment individuel est un processus agissant sur quatre plans : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique. Ces quatre dimensions, de par leurs interactions, permettent de développer le pouvoir de dire et d'agir en fonction de ses propres choix.

- ✓ **La participation** : elle ne peut se faire qu'en relation avec d'autres. Ainsi, une personne a le pouvoir d'agir, donc de participer, seulement si elle intervient auprès d'une personne ou d'un groupe (comité, équipe organisatrice...). Elle pourra y faire des choix et prendre des

décisions. La participation comprend par conséquent un volet d'ordre psychologique, évoluant de l'assistance muette jusqu'au droit de participer aux décisions.

- ✓ **Les compétences** : elles sont avant tout pratiques, techniques. Elles incluent les connaissances et les habiletés de chaque personne permettant sa participation et l'exécution de l'action particulière d'un groupe, qu'elles soient présentes ou en cours d'acquisition.
- ✓ **L'estime de soi** : elle désigne la transformation psychologique de l'individu annulant les expériences négatives antérieures et intériorisées. Celle-ci permet aux individus d'être satisfaits d'eux-mêmes, d'avoir une vision positive de soi et une confiance en soi.
- ✓ **La conscience critique** : celle-ci peut prendre différents aspects : la conscience individuelle (prise de conscience du problème), la conscience collective (la personne n'est pas la seule à avoir ce problème), la conscience sociale (l'influence de la société sur le problème) et la conscience politique (la solution passe entre autres par une action collective).

Ces différentes composantes s'entrelacent, interagissent et se renforcent mutuellement.

### 3.2.2. L'empowerment communautaire.

Selon Ninacs (2002), l'empowerment communautaire est un « cheminement vécu simultanément par la collectivité et par les individus qui en sont membres. Ninacs décompose également ce niveau d'empowerment en quatre plans. En synthétisant tous ces renseignements sur l'empowerment communautaire, il est possible de dégager le portrait d'un phénomène s'opérant, à l'instar de l'empowerment individuel, mais de façon moins linéaire, simultanément sur les quatre dimensions qui s'entrecroisent (Ninacs, 2002).

- ✓ **La participation** : elle permet à tous les membres de la communauté de participer à la vie de la communauté et de ses systèmes. En effet, dans les espaces décisionnels, elle intègre des individus non perçus comme leaders naturels et en assure l'équité dans la redistribution du pouvoir.
- ✓ **La compétence** : elle renvoie à la connaissance et à la reconnaissance des forces du milieu, à une responsabilisation favorisant les compétences des individus et de la communauté, à la capacité de nouer des liens entre les ressources de chacun, de les voir coopérer et d'en faire découler des expériences positives, aux habiletés consensuelles et décisionnelles, à l'autogestion de son développement et au renforcement des réseaux naturels de soutien aux individus.
- ✓ **La communication** : elle se traduit graduellement par l'interaction positive, le fait de pouvoir donner un point de vue divergent, par la circulation efficace de l'information

générale, par l'accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques et par la transparence dans les processus décisionnels.

- ✓ **Le capital communautaire** : il est défini comme le sentiment d'appartenance, à la fois à la communauté et à l'environnement, et de conscience de la citoyenneté vécue par chacun de ses membres. Elle assure l'entraide sur le plan individuel et permet l'action sur des questions sociétales plus larges.

L'empowerment communautaire renvoie spécifiquement au pouvoir de dire et d'agir de la communauté en tant que telle, car cette dernière est un système en soi et non pas la simple addition de ses membres. De plus, elle interagit avec l'empowerment individuel et l'empowerment organisationnel.

Une communauté compétente est « un lieu où les systèmes arrivent à répondre aux besoins des individus et où les individus arrivent à utiliser les systèmes de façon efficace » (Ninacs, 2008, p. 57). Tout comme l'idée de la compétence de la communauté, nous pouvons ici définir le rôle de l'organisation dans le processus d'empowerment.

### **3.2.3. La raison d'être du concept d'empowerment auprès des personnes en situation de handicap.**

Dans les institutions s'occupant de personnes en situation de handicap, selon Haelewyck, Gascon, Detraux et Kalubi (2013), l'empowerment n'est pas favorisé. En effet, la nature même des institutions ou des établissements scolaires, avec leur environnement structuré, est un obstacle à la naissance de projets et au développement de l'empowerment. Divers obstacles, regroupant le sentiment de capacité que les bénéficiaires ont d'eux-mêmes et leurs désirs, freinent cette participation et par extension l'empowerment des personnes en situation de handicap. Cette situation a poussé à demander l'avis des usagers dans leur formulaire de demande de fonds dans le but de favoriser la participation sociale des personnes en situation de handicap au sein des associations.

**DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET  
EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE**

## **CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.**

Dans ce chapitre, il sera question de présenter la méthodologie que nous avons utilisée pour mener à bien notre recherche. Ce chapitre s'articulera autour : du type de recherche exploité, du rappel de l'objet de l'étude, de la question de recherche, du corps d'hypothèses, et de l'évocation des méthodes et techniques d'investigation.

### **4.1. LES TYPES DE RECHERCHE**

Notre recherche est de type descriptif et corrélational. Dans cette perspective, les travaux de l'auteur affirment qu' : « une étude de type corrélational permettra d'aller plus loin, soit en explorant des relations entre variables, soit en établissant des relations plus définitives entre elles, au moyen de la vérification de modèles théoriques, de façon à mieux comprendre un phénomène ou à amorcer une explication de ce qui se passe dans une situation donnée. » (Fortin, 2006, p.173). Autrement dit, elle met en relation une variable indépendante (marginalisation des personnes en situation de handicap moteur) et une variable dépendante (participation au développement communautaire). Cette recherche s'inscrit dans la famille des recherches quantitatives.

### **4.2. RAPPEL DES HYPOTHÈSES ET LEURS VARIABLES**

Notre problématique de recherche se fonde sur une hypothèse générale de laquelle découlent trois hypothèses de recherche.

#### **4.2.1. Hypothèse générale et ses variables.**

L'hypothèse est une réponse anticipée à la question spécifique de recherche. En outre, c'est un énoncé déclaratif qui précise une relation anticipée entre des phénomènes observés ou imaginés, en lien avec l'approche théorique choisie (Brians et al, 2013).

Notre hypothèse générale est la réponse anticipée à notre question de recherche formulée initialement comme suit : La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite-t-elle leur participation au développement communautaire ?

En guise de réponse anticipée à notre question de recherche, nous formulons notre hypothèse générale (HG) de la manière suivante : la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

## **Les variables de l'hypothèse générale**

Selon une étude de Anceaux et Sockeel (2006, p.74): « une variable est donc une dimension caractéristique de l'environnement physique et social, une dimension d'un ou de plusieurs comportements, dont les manifestations peuvent être classées en catégories ou mesurées, et prendre plusieurs valeurs ou états différents.» Autrement dit, elle est une entité changeante. Notre hypothèse générale est constituée de deux variables. La première est dite variable indépendante (VI), c'est celle que nous manipulons afin d'analyser ses effets sur le comportement étudié. La deuxième est appelée variable dépendante (VD), c'est elle qui va subir les effets de la variable indépendante, elle est donc une réponse mesurée par le chercheur.

- Une variable indépendante (V.I.): « marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur».

- Une variable dépendante (V.D.) : « la participation au développement communautaire».

### **4.2.2. Les modalités des variables.**

Dans le cadre de notre recherche, deux variables sont mises en jeu notamment la variable indépendante (marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur) qui peut s'opérationnaliser en trois (03) modalités. Il s'agit de :

1. La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur
2. Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur.
3. Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur.

La variable dépendante (la participation au développement communautaire) peut également se traduire en trois (03) modalités :

1. Réunions de concertation
2. Ateliers de formation

### 3. Système de gouvernance participative.

#### 4.2.3. Plan factoriel

Comme Mvessomba (2013) l'a montré, les plans factoriels désignent les types de plans les plus complets et permettent toutes les combinaisons des valeurs de la variable indépendante ayant plusieurs valeurs. Dans le même ordre d'idée, Fraisse reconnaît que le plan factoriel constitue « l'ossature même de toute entreprise empirique » (Fraisse, 1974, p.120).

Dans le cadre de notre recherche, les différentes modalités des variables indépendantes et dépendantes ainsi que les interrelations cause-effet qui existent entre elles font l'objet du tableau suivant :

**Tableau 2: Plan Factoriel**

<b>VI</b>	VI.1	VI.2	VI.3
<b>VD</b>	VI.1 X VD	VI.2 X VD	VI.3 X VD

#### **Plan factoriel**

**HR1 = VI.1 X VD**

**HR2 = VI.2 X VD**

**HR3 = VI.3 X VD**

#### **Légende :**

**VI :** Variable indépendante

**VD :** Variable dépendante

**X :** Verbe de liaison

**HR :** Hypothèse de recherche

À la suite de notre plan factoriel nous pouvons aisément énoncer nos hypothèses de recherche. Nous en avons trois (03)

#### **4.2.4. Hypothèse de recherche**

L'hypothèse établit une relation qu'il nous faudra vérifier en la comparant aux faits. C'est une relation qui sera établie entre les concepts ou, plus généralement, entre des attributs de concepts qui représentent et servent à décrire les phénomènes observés. Et c'est cette propriété de l'hypothèse qui fait dire à Kerlinger et Lee (2000, p. 22) que toute recherche scientifique, même simplement exploratoire, devrait comporter au moins une hypothèse minimale. Ainsi, à la lumière de notre plan factoriel ci-dessus, nous avons formulé les hypothèses de recherche suivantes :

**HR 1 :** La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**HR 2 :** Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**HR 3 :** Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**Tableau synoptique**

<b>Variable indépendante</b>	<b>Modalités</b>	<b>Indices</b>	<b>Variable dépendante</b>	<b>Modalités</b>	<b>Indices</b>
Marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur	La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les préjugés</li> <li>- Comportement discriminatoire</li> <li>- Isolement social</li> <li>- Manque de représentation</li> </ul>	participation au développement communautaire.	La participation aux réunions et discussions communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux de participation aux réunions</li> <li>- Les thèmes abordés</li> <li>- La fréquence de contribution</li> </ul>
	Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accessibilité aux logements</li> <li>- aménagements spécifiques</li> <li>- conformité aux normes</li> <li>- Barrières physiques et sociales</li> <li>- Transports en commun</li> </ul>		Collaboration avec des organisations locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de partenariats établis</li> <li>- Partage des responsabilités</li> </ul> <p>Niveau d'engagement des organisations partenaire</p>
	Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taux de chômage</li> <li>- politique d'embauche</li> <li>- les attitudes des employeurs</li> <li>- type d'emploi</li> <li>- accessibilité des lieux de travail</li> </ul>		Participation à des programmes de formation et d'éducation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition des compétences</li> <li>- Satisfaction des participants</li> <li>- l'application des apprentissages</li> </ul>

## 4.2. PRÉSENTATION DU SITE DE RECHERCHE.

L'arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup> est situé dans le département du Mfoundi, Région du Centre. Elle couvre une superficie de 5552 hectares pour une population évaluée à 281 586 habitants, soit une densité d'environ 507 habitants/Km<sup>2</sup>. Les statistiques par sexe dénombrent 141 525 habitants pour le sexe masculin et 140 061 pour le sexe féminin ; ce qui conduit à un rapport de masculinité de 101,05%.

L'Arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup> est limité au Nord par l'arrondissement d'OKOLA (village LENDOM), au Sud par l'arrondissement de Yaoundé 5<sup>e</sup> (ruisseau EKOE-rails), au Sud-Ouest par l'arrondissement de Yaoundé III notamment par la rivière Mfoundi et le boulevard du 20 MAI à l'Ouest( cf décret n° 87-1365 du 25 septembre 1987) par l'arrondissement de Yaoundé 2<sup>e</sup> (carrefour Warda, nouvelle route Bastos), à l'Est et au Nord-Est par l'arrondissement de SOA (avec les villages Olembé II et TSINGA VILLAGE).

Sur le plan biophysique, son climat est de type équatorial. On note une grande saison sèche (Décembre-Mars) interrompue par de rares pluies, une petite saison sèche (Mai-Août) avec quelques pluies orageuses et une grande saison des pluies (Août-Novembre). La température moyenne est de 24°C ; l'écart de température entre le jour et la nuit est parfois importante. Le relief de la CAY Ier (Commune d'Arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup>) est un plateau constitué de bas-fonds marécageux. On note une ceinture de collines appartenant au réseau de collines qui constituent le relief de la ville de Yaoundé avec une altitude moyenne située autour de 750 m. Bien plus, en dehors de la sortie Nord, la végétation est en voie de disparition compte tenu du rythme d'urbanisation que connaît la ville de Yaoundé. La croissance démographique et la forte pression d'occupation des espaces par les peuples allogènes et autochtones ont favorisé la destruction des îlots de forêts et d'arbustes qui existaient dans cette zone. Il n'existe plus d'espaces réservés aux activités agropastorales en dehors des bas-fonds et des versants de la chaîne de montagnes qui borde la commune. Le développement accéléré de la Ville de Yaoundé a une incidence sur le développement de la flore traduit ici par la disparition totale de la forêt naturelle au profit des forêts artificielles constituées essentiellement de quelques arbres fruitiers : manguiers, avocatiers, goyaviers, papayers, etc. Les espèces ligneuses d'origine ont complètement disparu. Il s'agit notamment des Acajou, des Iroko etc.

L'arrondissement de 1<sup>er</sup> est traversé principalement par le fleuve Mfoundi et quelques autres rivières qui inondent les zones marécageuses pendant la saison des pluies ; ce qui ne manque pas de causer quelques désagréments aux populations qui habitent ces lieux. Ces marécages servent aussi d'acquis pour des pratiques agricoles : il s'agit de la culture des légumes verts, du maïs et quelquefois de la tomate. On note également la présence de plusieurs sources naturelles aménagées par endroit et très souvent délabrées par ailleurs qui servent de cadre d'approvisionnement en eau potable pour la majorité de la population des quartiers populaires défavorisés qui vivent sous le seuil de pauvreté. Enfin, l'arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup> repose sur un socle ancien (gneiss) ; cependant ce sont des sols ferralitiques rouges en général, mais qui présentent des variances : sols ferralitiques évolués sur plateaux.

Dans le cadre de la dynamique associative, la vie associative dans les quartiers de la CAY 1<sup>er</sup> est très prononcée et surtout diversifiée. Près de 56% des populations concernées disent faire partie d'une association. Il s'agit dans la plupart des cas d'associations d'entraide mutuelle, de tontines, de groupes d'aide au développement, d'entités d'activités génératrices de revenus, de GIC santé, de comités de vigilance, etc. Les groupements communautaires spécialisés sur le développement des quartiers sont encore rares et, quand bien même ils existent, ils évoluent dans la précarité et posent des actions très peu structurées. C'est dans ce deuxième cas que quelques réalisations ont été identifiées dans le cadre des ouvrages d'accès à l'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement. Ces actions sont généralement portées par des groupes de jeunes et de femmes très dynamiques. Les populations souffrent d'un manque de formation et de connaissances appropriées sur les principes de développement communautaire. Seulement 23% d'entre elles ont déjà pris part à une initiative de développement au sein de la localité. Cependant, 77% des habitants interrogés sont disposés à soutenir toute initiative visant à doter leur quartier d'un cadre de vie plus décent.

L'enclavement des quartiers limite essentiellement l'accès de certains secteurs aux services d'hygiène et de salubrité publique. Seuls 40% de la population ont accès à un bac à ordures pour le déversement de leurs déchets à l'échelle de la commune : la difficulté pour ces ménages réside dans l'éloignement de ces bacs de leurs habitations, distance excédant un kilomètre dans certains cas. La société HYSACAM sillonne prioritairement la zone centrale, zone pilote tandis que les trois autres zones intégrant la zone de la rue Manguier sont desservies à peine une fois par semaine. Raisons pour lesquelles, nous notons la présence de grands tas d'immondices parfois vieux de plusieurs années. En interne, il n'existe presque pas d'initiatives

citoyennes structurées, comme c'est le cas dans certains quartiers de certaines communes, capables de prendre en charge les problèmes d'accès des populations aux services d'assainissement. Par conséquent, les déchets sont rejetés dans les rigoles, fossés, champs, etc. contribuant ainsi à la pollution des nappes phréatiques en zones marécageuses et responsables de la prolifération de certaines maladies et des inondations. D'autre part, une proportion de 32% des ménages ne dispose pas de fosse septique dans leurs habitations.

En ce qui concerne les infrastructures sanitaires : premièrement, l'accès des populations aux services de santé est très difficile malgré l'existence de structures publiques. La commune dispose d'un hôpital de référence spécialisé (Hôpital Jamot), d'un Centre Médical d'Arrondissement, d'un dispensaire et d'une multitude de cliniques et petits centres de santé privés qui offrent des soins de santé primaires aux populations. L'accès à d'autres catégories de soins se fait dans d'autres structures sanitaires de référence de la ville : Hôpital Central, CHU, Hôpital militaire, etc. On dénombre un peu plus d'une dizaine de pharmacies. Deuxièmement, les problèmes de santé se posent encore en termes d'accès aux soins qualitatifs et quantitatifs. Ainsi on note un taux élevé de pratique d'automédication, de consommation de médicaments de rue, une inexistence de dispositifs de solidarité et de financement communautaire de soins, l'éloignement des structures spécialisées de soins, un fort recours aux charlatans, etc. Ceci explique le taux encore élevé de mortalité et de morbidité.

Dans le domaine de l'éducation, près de 80% des enfants des familles fréquentent les écoles de l'arrondissement, 20% ont leurs établissements scolaires hors de la Commune. Ces infrastructures demeurent insuffisantes au regard de la demande croissante. À cela s'ajoute le phénomène d'urbanisation de plus en plus poussée, les besoins sont donc considérables. On note pour certains ménages un problème de distance des sites de ces établissements. L'insuffisance d'enseignants dans les établissements scolaires et la faible motivation du personnel enseignant constituent un facteur essentiel de la sous-scolarisation observée dans certains quartiers. Les besoins d'éducation, d'encadrement et d'insertion socioéconomique se posent pour bon nombre de jeunes déscolarisés.

### **4.3. POPULATION D'ÉTUDE.**

Notre étude est menée auprès des habitants de la Commune de Yaoundé I notamment la ZONE II(CENTRALE) qui abrite les quartiers OKOLO I, EMANA, ETOUDI, MBALLA (II, III, IV), DRAGAGE. Cependant, face à notre impuissance à récolter les données auprès de tous

les individus de la ville, nous avons posé certains critères de participation à l'étude. En effet, nous nous intéressons à une population située dans la tranche d'âge allant de 15 à 35 ans. Ceci se justifie par le fait qu'aujourd'hui la population de l'arrondissement de Yaoundé 1<sup>er</sup> est évaluée à plus de 361000 habitants selon le dernier recensement général des populations réalisé par le BUCREP. Les jeunes représentent une couche très importante de la population pour le développement communautaire. Les pratiques d'embauche, de participation, d'accessibilité, et d'inclusion inclusive, des personnes jeunes en situation de handicap présentent des avantages et devraient être une priorité tant pour les personnes elles-mêmes que pour l'arrondissement dans son ensemble.

#### **4.4. ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON**

L'échantillonnage est un processus par lequel on choisit un certain nombre d'éléments dans une population à telle enseigne que les éléments choisis représentent ladite population. Dans ce sens, Bacher repris par Rossi et al. (1992, p.27) affirme que « les techniques d'échantillonnage ont toutes pour objet, le choix, dans une population définie que l'on veut décrire, d'un certain nombre d'éléments qui devront présenter les mêmes caractéristiques que la population ». Autrement dit, il s'agit de l'opération par laquelle on sélectionne ou on choisit les individus qui constituent l'échantillon. Par conséquent, l'échantillon doit être représentatif de la population d'étude dans la mesure où elle présente les caractéristiques de la population nous permettront de collecter les données valables pour l'ensemble des membres de la population.

Dans le cadre de notre étude, nous avons adopté l' « échantillonnage accidentel » ou de convenance qui est une technique non-probabiliste. Les recherches de l'auteur sur l'échantillonnage accidentel ou de convenance montrent que cela consiste « à choisir des individus du fait de leur présence dans un lieu déterminé et à un moment précis » (Fortin 2006, p 258). La détermination de l'échantillon consiste essentiellement à choisir les bonnes personnes pour répondre à notre question de recherche. Il représente une fraction de cette population. L'échantillon correspond à la partie de la population qui est réellement observée. Il convient pour le chercheur d'interroger donc les individus au fur et à mesure qu'il entre en contact avec eux.

Pour analyser l'incidence de la marginalisation sur la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap moteur nous avons choisi notre échantillon en procédant comme suit :

- Nous avons analysé les besoins spécifiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I en terme marginalisation.
- Nous avons examiné les recherches existantes sur la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur et son incidence sur le développement communautaire.
- Nous avons interrogé les associations suivantes : l'Association Handicap Espoir Cameroun (AHEC) ; l'Association Solidarité Handicap (ASH) ; l'Association Des Jeunes Handicapés Volontaires (AJHV) et les acteurs locaux impliqués dans l'autonomisation des personnes vivant avec un handicap pour comprendre les défis et les opportunités. nous nous sommes rendus au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées -Etoug ébé et Promhandicam Association (Centre De Formation Pour Handicape).
- Nous avons sélectionné des sujets qui ont un impact social significatif et qui participent au développement inclusif de la communauté à Yaoundé I.

Dans notre recherche, l'échantillon est constitué de 150 participants.

## **4.5. TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNÉES**

Après avoir présenté l'échantillon choisi pour colliger nos informations, il nous faut décrire les outils de collecte de données. Dans cette optique, Noumbissie (2010) a montré que le chercheur doit se rassurer que l'instrument de collecte des données qu'il se propose d'utiliser lui permet de mesurer ce qu'il prétend mesurer. Le choix de ces techniques de collecte s'effectue lors de la planification de notre terrain. Notamment, avec une approche quantitative, les instruments seront déterminés avant le début de la collecte des données. Pour illustrer nos propos, à cet effet, notre choix s'est porté sur le questionnaire comme outil d'investigation pour notre étude.

### **4.5.1. Procédé de choix des sujets : critères de choix et nombre de sujets**

Lors du choix de l'échantillon des personnes en situation de handicap moteur pour une étude sur la marginalisation et le développement communautaire, plusieurs critères ont été pris en compte :

- **Type de handicap moteur** : Il pourrait être pertinent de sélectionner des personnes ayant différents types de handicap moteur, tels que la paralysie cérébrale, la tétraplégie,

l'hémiplégie, etc. Cela permettrait d'obtenir une vision plus complète des besoins et des défis spécifiques à chaque type de handicap.

- **Niveau de mobilité** : Il semblerait intéressant de choisir des personnes ayant différents niveaux de mobilité, allant de ceux qui utilisent des fauteuils roulants à ceux qui peuvent se déplacer avec des aides techniques ou sans aucune aide.
- **Âge** : Il paraîtrait utile de sélectionner des personnes de différents groupes d'âge, afin de comprendre comment l'autonomisation et le développement communautaire peuvent varier en fonction de l'âge. Nous avons opté pour les âges allant de 15 ans à 35 ans.
- **Genre** : Il serait important de veiller à inclure à la fois des hommes et des femmes dans l'échantillon, car les besoins et les expériences peuvent différer en fonction du genre.
- **Contexte géographique** : Il nous a semblés intéressant de choisir des personnes provenant de Yaoundé I, afin de prendre en compte les spécificités culturelles et les ressources disponibles dans chaque contexte.
- **Niveau de marginalisation actuelle**: Il était pertinent de sélectionner des personnes ayant différents niveaux de marginalisation actuelle, afin de comprendre comment la marginalisation peut être réduite à différents stades de la vie.
- **Expérience de participation communautaire** : Il peut être utile de choisir des personnes ayant une expérience variée de participation communautaire, allant de ceux qui sont déjà engagés dans des activités communautaires à ceux qui sont moins impliqués.
- **La carte d'invalidité** : c'est un document officiel délivré aux personnes vivant avec un handicap, elle leur donne accès à certains des avantages, comme des réductions sur les transports ou des facilités de stationnement.

Ces critères de choix de l'échantillon ont pu être adaptés en fonction des objectifs spécifiques de l'étude et des ressources disponibles. Nous avons également jugé important de veiller à ce que l'échantillon soit représentatif de la population cible afin de garantir la validité des résultats. Dans notre recherche, l'échantillon est constitué de 150 personnes. Notre échantillon a été constitué grâce à la participation du Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées d'Etoug-Ebé (CNRPH) ; de Promhandicam Association (Centre De Formation Pour Handicape) ; de l'Association Handicap Espoir Cameroun (AHEC) ; de l'Association Solidarité Handicap (ASH) ; de l'Association Des Jeunes Handicapés Volontaires (AJHV).

#### **4.5.2. Le questionnaire**

Toutes les mesures et tous les instruments utilisés doivent faire l'objet d'une présentation détaillée. C'est par exemple le cas du questionnaire, défini par Aktouf (1987), comme des sortes de tests, ayant une perspective unitaire et globale composés d'un certain nombre de questions et généralement proposés par écrit à un ensemble plus ou moins élevé d'individus et portant sur leurs goûts, leurs opinions, leurs sentiments, leurs intérêts.

Le questionnaire s'impose pour ses vertus. Il s'agit des vertus telles que la collecte des données auprès d'un grand nombre d'individus, la rapidité d'administration, et de procéder dès lors à de nombreuses analyses de corrélation. Cependant, cet instrument a aussi des inconvénients.

La construction de notre questionnaire s'est fondée sur les variables issues de l'opérationnalisation de nos hypothèses de recherches et surtout à partir de notre population cible afin d'établir le lien qui existe entre la marginalisation des personnes en situation de handicap et la participation au développement communautaire.

Notre questionnaire se présente sous forme d'échelle de Likert (avec des énoncés allant de 1 à 5). Les études de Thomas et Alaphilippe (1983, p107) estiment que l'échelle de Likert permet de « faire évaluer les énoncés, par des sujets en fonction d'une échelle d'estimation ou rating scale ».

En effet, le questionnaire servant à la collecte des données de notre étude comporte 30 items repartis en cinq grandes parties. La partie I porte sur l'identification du répondant (avec 5 items), la partie II (5 items), sur la situation antérieure à la survenue du handicap, la partie III sur la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur (5 items) ; la partie IV quant à elle porte sur les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur (5 items), la partie V sur les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur (5 items) et la partie VI porte sur la participation au développement communautaire (5 items).

#### **4.5.3. La pré-enquête**

Elle consiste à tester sur un échantillon réduit, l'instrument prévu pour l'enquête. Son but est de vérifier la validité et la facilité des questions. Dans le même ordre d'idée, les travaux de Ghiglione et Matalon (2004) repris par Noubissie (2010, p163) montrent que, « lorsqu'une première version du questionnaire est rédigée, c'est-à-dire, lorsque la formulation de toutes les questions et l'ordre de celles-ci est fixé, à titre provisoire, il est

impératif de s'assurer que le questionnaire est bien appréciable et qu'il répond effectivement aux problèmes que pose le chercheur. » De ce fait, un pré-test est donc nécessaire sur le terrain afin de se rassurer de la validité tant interne qu'externe de l'outil d'investigation, et de sa finalité à rendre compte du phénomène étudié. En effet, il s'agit d'essayer sur un échantillon réduit (entre 10 et 20 personnes) l'instrument prévu pour l'enquête.

Nous avons procédé au test de fiabilité de notre instrument de collecte des données auprès de 18 participants rencontrés aléatoirement dans la Commune de Yaoundé I. Nous nous sommes rendu compte des imperfections au niveau de nos échelles d'attitude. Également certains de nos items étaient mal formulés dans la mesure où nos 18 participants avaient de la peine à cerner aisément les questions posées. Ce qui nous a permis de procéder aux réajustements qui s'imposaient.

#### **4.5.4. L'enquête finale**

L'investigation sur le terrain s'est déroulée du lundi 15 mai 2023 au 25 octobre 2023 dans la ville de Yaoundé I notamment La ZONE II(CENTRALE) qui abrite les quartiers OKOLO I, EMANA, ETOUDI, MBALLA (II, III, IV), DRAGAGE. La passation du questionnaire s'est faite par la méthode d'administration directe. Cette méthode a l'avantage qu'elle permet de rassurer le chercheur que chaque participant a rempli lui-même son exemplaire.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi la méthode d'échantillonnage accidentel ou par convenance. En effet nous passons le questionnaire aux individus volontaires qui remplissaient les conditions de participation de notre enquête (conditions évoquées plus haut). Dans cette perspective, nous remettons un exemplaire à chaque répondant en leur expliquant les consignes relatives au remplissage du dit questionnaire. Certains répondants remplissaient sur place et remettaient l'exemplaire une quinzaine de minutes après. D'autres par contre, à cause de leur indisponibilité, préféraient rentrer avec leurs exemplaires pour les restituer le lendemain.

Tout au long de notre enquête nous avons rencontré des difficultés sur le terrain. Les plus récurrentes étaient les personnes en situation de handicap qui refusaient de répondre au questionnaire malgré nos efforts à les convaincre. Certaines personnes en situation de handicap rentraient avec le questionnaire et le remettaient soit en retard, soit pas du tout. Nous avons aussi rencontré des obstacles liés au climat. Ceci se justifie par le fait que la période de collecte

de données de notre étude a coïncidé avec la saison pluvieuse. Malgré toutes ces perturbations, nous avons essayé de les surmonter.

## **4.6. TECHNIQUE D'ANALYSE DES DONNÉES**

Le type de traitement des données comme le précise Eymard repris par Noumbissie (2010, p179) est « en lien étroit avec la méthode de recherche et l'objectif poursuivi ». Pour analyser les données recueillies à l'issue de notre étude, nous avons fait recours à l'analyse statistique. Cette technique nous a permis de vérifier nos hypothèses de recherche qui établissent des relations entre les variables de l'étude.

### **4.6.1. Analyse statistique : le test du Khi-carré**

L'analyse statistique de nos données a été faite à l'aide de l'indice statistique (Khi-deux) de Bravais-Pearson directement programmé dans le logiciel SPSS version 23.0. C'est un test statistique créé en 1900 par Pearson qui permet de mesurer la dépendance entre les deux variables de l'étude. Son utilisation exige un certain nombre de procédés : la construction du tableau de contingence, le calcul du Khi-deux, le calcul du degré de liberté, le calcul du coefficient de contingence et la prise de décision.

#### **Ø Tableau de contingence**

Il s'agit d'un tableau à double entrée qui est tel que les totaux en colonne et les totaux en ligne aient un sens. Ce tableau comporte autant de colonnes que la première variable a de modalités, et autant de lignes que la deuxième variable a de modalités. Les colonnes et les lignes délimitent des cases dans lesquelles on inscrit les effectifs des participants vérifiant simultanément les modalités des deux variables.

#### **Ø Calcul du Khi-deux**

$$(f_o - f_e)^2$$

Le Khi-deux est calculé selon la formule suivante :

$$f_e$$

<sup>2</sup> = Avec  $f_o$  = fréquence observée et  $f_e$  = fréquence théorique

$$(f_o - f_e - 0,5)^2$$

**Nb** : si une seule des fréquences théoriques présente une valeur inférieure à 5, on recourt à la correction de Yates dont la formule est la suivante :

$f_e$

$^2 = \text{avec } - 0,5 = \text{Correction de Yates}$

### **Ø Degré de liberté (ddl)**

Le Khi-deux ( $\chi^2$ ) calculé, on calcule le degré de liberté. On a :

$ddl = (r-1) (c-1)$  où  $r$  (rang)= nombre de rangées et  $c$  (colonne)= nombre de colonnes.

### **Ø Coefficient de contingence (C)**

Le coefficient de contingence sert à montrer si le lien qui existe entre deux variables est significatif. On l'obtient en trouvant la racine du rapport de  $\chi^2$  cal sur la somme de ce même  $\chi^2$  cal et l'effectif général. On considère que le coefficient de contingence compris entre 0,5 et 1 est significatif.

### **Ø Prise de décision**

Lorsque le  $\chi^2$  est calculé, on le compare avec la valeur critique du  $\chi^2$  c'est-à-dire la valeur maximale pour laquelle l'hypothèse nulle peut être acceptée. Cette valeur se lit sur la table du Khi-deux, en fonction du degré de liberté (ddl) et du seuil de significativité (en général 0,05 soit 5% en sciences sociales).

Par ailleurs, la vérification des hypothèses s'opère de la manière suivante :

§ Si  $\chi^2$  cal est inférieur à  $\chi^2$  lu, on accepte l'hypothèse nulle ( $H_0$ ) et on rejette l'hypothèse alternative (hypothèse de recherche,  $H_a$ ) : cela veut dire qu'il y a absence de liaison entre deux variables (elles sont indépendantes).

§ Si par contre,  $\chi^2$  cal est supérieur à  $\chi^2$  lu l'on rejette l'hypothèse nulle et on accepte l'hypothèse alternative : cela veut dire que les deux variables sont liées (elles sont dépendantes).

La méthodologie adoptée dans le cadre de notre recherche étant ainsi présentée, il convient dans le chapitre suivant, de présenter les résultats auxquels nous sommes parvenus.

## CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

La tâche dans ce chapitre consistera à présenter les résultats des différentes investigations réalisées sur le terrain. La première partie sera consacrée à une analyse descriptive des résultats. Il s'agira également, dans la deuxième partie de ce chapitre, de ressortir toutes les analyses statistiques qui ont été effectuées dans le but de répondre à la question de recherche. La présentation se fera item par item selon leur ordre d'apparition dans le questionnaire.

### 5.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RÉSULTATS

Dans cette partie, nous présenterons, item par item, les principaux résultats obtenus après analyse des données. La présentation sera faite sous forme de secteurs commentés.

#### 5.1.1. Identification des participants

C'est la première section de notre questionnaire de recherche. Elle comporte cinq (05) items répartis ainsi qu'il suit : sexe de l'enquêté, son âge, son statut matrimonial, son statut socio-professionnel et son niveau d'instruction.

##### 5.1.1.1. Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

		Q01. Sexe			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Masculin	97	64,7	64,7	64,7
	Féminin	53	35,3	35,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Le tableau 1 présente la distribution de l'échantillon en fonction du sexe. Il ressort de ce tableau que sur les 150 personnes interrogées 97 (personnes) sont des hommes soit un pourcentage de 64,7 % et 53 sont des femmes soit un pourcentage de 35,3 %.

### 5.1.1.2. Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge.

**Tableau 4: Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge**

#### Q02. Tranche d'âge

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	15 - 19 ans	27	18,0	18,0	18,0
	20 - 24 ans	41	27,3	27,3	45,3
	25 - 29 ans	27	18,0	18,0	63,3
	30 - 34 ans	51	34,0	34,0	97,3
	35 ans et plus	4	2,7	2,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

L'observation du tableau 2 montre que 18% de notre échantillon (150) ont un âge compris entre 15 et 19 ans, 27,3% des participants se situent entre 20 et 24 ans. Les participants dont l'âge oscille entre 25 et 29 ans représentent 18% de l'échantillon et ceux dont l'âge se situe entre 30 et 34 ans, 34%. 2,7% des participants de notre étude ont un âge compris entre 35 ans et plus.

### 5.1.1.3. Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial.

**Tableau 5: Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial**

#### Q03. Statut matrimonial :

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Marié(e)	139	92,7	92,7	92,7

Célibataire	11	7,3	7,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Du tableau 3, il ressort que sur un échantillon de 150 personnes, 140 sont célibataires tandis que 10 déclarent être mariées. Soit des pourcentages respectifs de 92,7 % et 7,3 %.

#### 5.1.1.4. Répartition de l'échantillon en fonction du statut socioprofessionnel

**Tableau 6: Répartition de l'échantillon en fonction du statut socioprofessionnel**

##### Q04. Statut Socioprofessionnel :

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Salarié(e)	13	8,7	8,7	8,7
	Non salarié (e)	50	33,3	33,3	42,0
	Informel	87	58,0	58,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Le tableau 4 présente la distribution de l'échantillon en fonction du statut socioprofessionnel. On peut observer que 13 participants soit 8,7% sont salariés ,50 soit 33,3 % sont non-salariés et 87 participants sont dans le secteur informel soit 58%.

#### 5.1.1.5. Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction

**Tableau 7 : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction**

##### Q05. Niveau d'étude

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Primaire	104	69,3	69,3	69,3
	Secondaire	36	24,0	24,0	93,3
	Supérieur	10	6,7	6,7	100,0

Total	150	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

L'échantillon retenu pour notre étude compte 150 participants. On constate du tableau 5 que le primaire enregistre le plus grand pourcentage (soit 69,3 %), suivi du secondaire (24%), enfin le supérieur est le niveau d'instruction ayant le plus petit pourcentage (soit 6,7%).

### 5.1.2. Situation antérieure au handicap.

Cette section II de notre questionnaire, comporte six (05) items dont les résultats sont présentés ci-dessous. L'échantillon correspond uniquement aux personnes dont le handicap est survenu au cours de leur vie (122 participants).

#### 5.1.2.1. Répartition de l'échantillon en fonction de l'implication dans les activités

**Tableau 8 :** Répartition de l'échantillon en fonction de l'implication dans les activités

**Q06. Avant votre handicap, étiez-vous impliqué dans des activités de votre communauté (ramassage des ordures, clubs sportifs, journées culturelles) ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	23	15,3	15,3	15,3
	Pas vrai	12	8,0	8,0	23,3
	Ni vrai, ni faux	19	12,7	12,7	36,0
	Vrai	87	58,0	58,0	94,0
	Très vrai	9	6,0	6,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

La figure 6 présente la distribution de l'échantillon en fonction de **l'implication dans les activités** des personnes en situation de handicap avant la survenue de ce handicap. L'analyse de ce graphique montre que les participants qui répondent par « vrai » sont les plus représentés (58%), ceux qui ont opté pour « pas du tout vrai » viennent en deuxième position avec un score de 15,3%. Le troisième score (12,7 %) est celui enregistré par les répondants qui sont indécis,

ensuite nous avons celles qui ont choisi « pas vrai » soit 8% et enfin 6 % des personnes interrogées répondent « très vrai ».

### 5.1.2.2. Répartition de l'échantillon en fonction de l'item n°7.

**Tableau 9: Répartition de l'échantillon en fonction de l'item n°7.**

**Q07. Aviez-vous des amis ou des membres de votre famille avec qui vous participiez à des activités communautaires ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Ni vrai, ni faux	5	3,3	3,3	3,3
	Vrai	121	80,7	80,7	84,0
	Très vrai	24	16,0	16,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Les données de ce graphique portent sur l'item7 à savoir « Aviez-vous des amis ou des membres de votre famille avec qui vous participiez à des activités communautaires ? » Les résultats de la figure7 montrent que les personnes qui répondent « Vrai » enregistrent le score le plus fort (80,7%) contre (16%) pour les participants qui indiquent « très vrai ». Les participants indécis sont évalués à (3,3%) ; tandis qu'aucun participant n'a opté pour les cases : « pas du tout vrai » et « pas vrai ».

### 5.1.2.3. Répartition de l'échantillon en fonction du manque d'accessibilité

**Tableau 10: Répartition de l'échantillon en fonction du manque d'accessibilité.**

**Q08. Avez-vous des difficultés à participer à des activités communautaires en raison d'un manque d'accessibilité communautaire( ? ) ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	1	,7	,7	,7
	Pas vrai	5	3,3	3,3	4,0
	Ni vrai, ni faux	8	5,3	5,3	9,3

Vrai	117	78,0	78,0	87,3
Très vrai	19	12,7	12,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

L'observation de ce tableau montre que notre population d'étude est de 150 inégalement répartis entre les classes. Ainsi nous avons 78% des participants qui cochent la case « vrai », 12,7% répondent par « très vrai », 5,3% de participants sont indécis. Tandis que près de 0,7% optent pour « pas du tout vrai » et 3,3% pour la case « pas vrai ».

#### 5.1.2.4. Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 9.

**Tableau 11: Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 9.**

##### Q09. Votre avis était-il pris en compte au sein de votre communauté ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	13	8,7	8,7	8,7
	Pas vrai	5	3,3	3,3	12,0
	Ni vrai, ni faux	11	7,3	7,3	19,3
	Vrai	87	58,0	58,0	77,3
	Très vrai	34	22,7	22,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

L'analyse du tableau ci-dessus présente l'échantillon en fonction de l'item 9 : « Votre avis était-il pris en compte au sein de votre communauté ? » Nous constatons que 7,3% de participants sont indécis, 3,3% déclarent que c'est faux. Le score de 8,7 % est celui des participants qui indiquent que c'est très faux. 58 % penchent pour le « vrai » tandis que 22,7% disent que c'est très vrai.

### 5.1.2.5. Répartition de l'échantillon en fonction du poste de responsabilité dans la communauté.

**Tableau 12 : Répartition de l'échantillon en fonction du poste de responsabilité dans la communauté**

#### Q10. Aviez-vous un poste de responsabilité dans votre communauté ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	22	14,7	14,7	14,7
	Pas vrai	24	16,0	16,0	30,7
	Ni vrai, ni faux	41	27,3	27,3	58,0
	Vrai	38	25,3	25,3	83,3
	Très vrai	25	16,7	16,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Ce tableau laisse voir que 27,7 % de nos répondants sont indécis face à l'item 10. 16% répondent par « faux », 14,7% indiquent que c'est « très faux ». Ceux qui répondent par « vrai » enregistrent également un score de 25,3 %, tandis que 16,7 % répondent par « très vrai ».

### 5.1.3. Stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite la participation au développement communautaire.

Cette section est la troisième de notre instrument de collecte de données (questionnaire). Elle est constituée de cinq (05) items dont les résultats sont les suivants:

#### 5.1.3.1. Répartition de l'échantillon en fonction des préjugés.

**Tableau 13: Répartition de l'échantillon en fonction des préjugés.**

#### Q11. Pensez-vous que les préjugés envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'affectent pas la participation au développement communautaire?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	6	4,0	4,0	4,0

Pas vrai	108	72,0	72,0	76,0
Ni vrai, ni faux	3	2,0	2,0	78,0
Vrai	9	6,0	6,0	84,0
Très vrai	24	16,0	16,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Les données du tableau ci-dessus portent sur les préjugés envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'affectent pas la participation au développement communautaire. Nous pouvons observer dans cette figure que 6 % de l'échantillon déclarent que c'est vrai, 2 % sont indécis face à la question. Également, 72 % de l'échantillon ont validé « faux » et 16%, « très vrai ». Tandis que 4 % seulement répondent par « très faux ».

### 5.1.3.2. Répartition de l'échantillon en fonction des comportements discriminatoires.

**Tableau 14: Répartition de l'échantillon en fonction des comportements discriminatoires.**

**Q12. Croyez-vous que les comportements discriminatoires envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'entravent pas la participation au développement communautaire?**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Pas du tout vrai	26	17,3	17,3	17,3
Pas vrai	79	52,7	52,7	70,0
Ni vrai, ni faux	19	12,7	12,7	82,7
Vrai	15	10,0	10,0	92,7
Très vrai	11	7,3	7,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Ce cercle tableau présente la distribution de l'échantillon en fonction de l'item 12 : « Croyez-vous que les comportements discriminatoires envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'entravent pas la participation au développement communautaire? ». En effet, nous pouvons constater que 12,7 % de nos enquêtés sont indécis face à cette proposition,

52,7% disent qu'il est difficile, 17,3% déclarent que c'est très difficile. Les enquêtés qui répondent par « vrai » enregistrent un score de 10 % et 7,3 % de l'échantillon, par « très vrai ».

### 5.1.3.3. Répartition de l'échantillon en fonction de l'isolement social.

**Tableau 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'isolement social.**

**Q13. Avez-vous des propositions pour lutter contre l'isolement social les personnes en situation de handicap ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	8	5,3	5,3	5,3
	Pas vrai	1	,7	,7	6,0
	Ni vrai, ni faux	90	60,0	60,0	66,0
	Vrai	28	18,7	18,7	84,7
	Très vrai	23	15,3	15,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Ce tableau laisse voir la répartition de l'échantillon en fonction des propositions pour lutter contre l'isolement social. Nous observons au vu de la figure 13 que 60% de notre échantillon sont indécis face à cette question. Les répondants qui répondent par « très faux » et ceux qui répondent par « faux » enregistrent respectivement (0,7 %) et (5,3%) alors que les participants ayant validé « vrai » enregistrent 18,7% et 15,3% « très vrai ».

### 5.1.3.4. Répartition de l'échantillon en fonction d'inclusion sociale.

**Tableau 16 : Répartition de l'échantillon en fonction d'inclusion sociale.**

**Q14. Avez-vous des exemples d'expériences positives ou négatives en matière d'inclusion social ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	18	12,0	12,0	12,0
	Pas vrai	9	6,0	6,0	18,0
	Ni vrai, ni faux	88	58,7	58,7	76,7

Vrai	30	20,0	20,0	96,7
Très vrai	5	3,3	3,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

**L'observation de ce tableau** présente la répartition de l'échantillon qui répond à la question : « Avez-vous des exemples d'expériences positives ou négatives en matière d'inclusion éducative ? ». Une attention attentive à cette figure nous signale que 58,7% de l'échantillon sont indécis. Au sujet des expériences, 6 % affirment que qu'elles sont rares, 12 % déclarent qu'elles sont très rares. Les répondants ayant répondu par « vrai » totalisent un pourcentage de 20%. Cependant, seulement 3,3% de nos répondants pense qu'il y a des exemples d'expériences positives ou négatives en matière d'inclusion éducative.

#### 5.1.3.5.Répartition de l'échantillon en fonction rôle de l'éducation.

**Tableau 17 : Répartition de l'échantillon en fonction du rôle de l'éducation.**

**Q15. Pensez-vous que le manque de représentation envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'affectent pas la participation au développement communautaire?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	23	15,3	15,3	15,3
	Pas vrai	64	42,7	42,7	58,0
	Ni vrai, ni faux	49	32,7	32,7	90,7
	Vrai	11	7,3	7,3	98,0
	Très vrai	3	2,0	2,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

La distribution des données issues du tableau présente les pourcentages en fonction du manque de représentation dans la participation des personnes en situation de handicap au développement communautaire. Dans cette perspective, l'analyse du tableau 15 permet de voir que sur un échantillon de 150, les participants qui répondent « faux » prédominent avec un pourcentage de 42,7%, ceux qui sont indécis viennent en seconde position avec 32,7 %. Ensuite nous avons 15,3 % pour les répondants qui ont coché « pas du tout vrai», puis le score de 7,3%

est pour « vrai ». Les personnes ayant choisi la proposition « très vrai » ont le plus petit score en ce qui concerne l’item 15, soit 2 %.

#### **5.1.4. Les difficultés d’accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.**

Cette section est la quatrième de notre instrument de collecte de données (questionnaire). Elle est constituée de cinq (05) items dont les résultats sont les suivants.

##### **5.1.4.1. Répartition de l’échantillon en fonction de la constatation des faits positifs.**

**Tableau 18 : Répartition de l’échantillon en fonction de la constatation des faits positifs.**

#### **Q16. Avez-vous constaté des faits positifs dans l’amélioration de l’accessibilité des infrastructures publiques dans votre communauté ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	17	11,3	11,3	11,3
	Pas vrai	61	40,7	40,7	52,0
	Ni vrai, ni faux	45	30,0	30,0	82,0
	Vrai	22	14,7	14,7	96,7
	Très vrai	5	3,3	3,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Les données du tableau ci-dessus portent sur la constatation des améliorations de l’accessibilité. À ce niveau, les indécis enregistrent un score de 30 %. La modalité « très faux » est représentée à hauteur de 11 ,3%, celle du « faux » à hauteur de 40,7 %. 14,7 % ont répondu en cochant « vrai » tandis que 3,3% ont coché « très vrai ».

#### 5.1.4.2. Répartition de l'échantillon en fonction des outils d'appui.

**Tableau 19: Répartition de l'échantillon en fonction des outils d'appui.**

**Q17. Avez-vous un outil d'appui (béquille, fauteuil roulant) à votre disposition pour participer aux activités de votre communauté ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	12	8,0	8,0	8,0
	Pas vrai	70	46,7	46,7	54,7
	Ni vrai, ni faux	31	20,7	20,7	75,3
	Vrai	19	12,7	12,7	88,0
	Très vrai	18	12,0	12,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

L'observation du tableau 17 révèle que sur un échantillon de 150 participants, seuls 7% répondent « très faux » à la proposition de l'item 17 selon laquelle l'outil d'appui favorise la participation des personnes en situation de handicap au développement communautaire. Les autres scores sont : 20,7 % pour « indécis », 46,7% pour « faux », 12,7% pour « vrai » et enfin 12% pour « très vrai ».

#### 5.1.4.3. Répartition de l'échantillon en fonction des transports en commun.

**Tableau 20: Répartition de l'échantillon en fonction des transports en commun.**

**Q18. Avez-vous de facilités à emprunter les transports en commun?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	18	12,0	12,0	12,0
	Pas vrai	51	34,0	34,0	46,0
	Ni vrai, ni faux	30	20,0	20,0	66,0
	Vrai	23	15,3	15,3	81,3
	Très vrai	28	18,7	18,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

L'observation du graphique présente les données l'emprunt des transports en commun des personnes en situation de handicap dans leur communauté. Ainsi on apprend du graphique que 20 % de personnes interrogées sont indécises face à la question : « Êtes-vous impliqué dans le processus de prise de décision de votre communauté ? » Les autres scores enregistrés à cet item sont les suivants : 12% pour « très faux » ; 34% « faux », 15,3% pour « vrai », 18,7% « très vrai ».

#### 5.1.4.4. Répartition de l'échantillon en fonction des difficultés à accéder aux bâtiments publics.

**Tableau 21 : Répartition de l'échantillon en fonction des difficultés à accéder aux bâtiments publics.**

**Q19. Avez-vous des difficultés en raison de votre handicap moteur à accéder aux bâtiments publics ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	26	17,3	17,3	17,3
	Pas vrai	20	13,3	13,3	30,7
	Ni vrai, ni faux	37	24,7	24,7	55,3
	Vrai	52	34,7	34,7	90,0
	Très vrai	15	10,0	10,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

On apprend du tableau 19 que 24,7 % de l'échantillon de notre étude sont indécises face à l'item 19 (Avez-vous des difficultés en raison de votre handicap moteur à accéder aux bâtiments publics ?). Il en ressort également face à cette proposition que 34,7% des participants déclarent que c'est « vrai », 13,3% disent que c'est « faux », 17,3 % affirment que c'est « très faux » tandis que 10 % seulement ont validé « très vrai ».

#### 5.1.4.5. Répartition de l'échantillon en fonction des aménagements spécifiques.

**Tableau 22: Répartition de l'échantillon en fonction des aménagements spécifiques.**

**Q20. Avez-vous connaissance des projets sur des aménagements spécifiques qui favorisent la participation active des personnes en situation de handicap ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	20	13,3	13,3	13,3
	Pas vrai	54	36,0	36,0	49,3
	Ni vrai, ni faux	42	28,0	28,0	77,3
	Vrai	27	18,0	18,0	95,3
	Très vrai	7	4,7	4,7	100,0
	Total		150	100,0	100,0

Le graphique 22 présente la distribution de l'échantillon en fonction de la connaissance des projets sur l'aménagement spécifique. À ce niveau d'analyse, les indécis enregistrent un score de 28%. La modalité « très faux » est représentée à hauteur de 13,3%, celle « faux » à hauteur de 36%. 18 % ont répondu en cochant « vrai » tandis que 4,7 % ont coché « très vrai ».

#### 5.1.5. Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

Cette section est la cinquième de notre instrument de collecte de données (questionnaire). Elle est constituée de cinq (05) items dont les résultats sont les suivants.

##### 5.1.5.1. Répartition de l'échantillon en fonction du travail.

**Tableau 23: Répartition de l'échantillon en fonction du travail.**

**Q21. Est-ce que certaines personnes ont des difficultés à trouver du travail à cause de leur handicap ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	23	15,3	15,3	15,3
	Pas vrai	26	17,3	17,3	32,7

Ni vrai, ni faux	30	20,0	20,0	52,7
Vrai	49	32,7	32,7	85,3
Très vrai	22	14,7	14,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

L'item 21 qui est formulé de la manière suivante : « Est-ce que certaines personnes ont des difficultés à trouver du travail à cause de leur handicap ? » Il en ressort que les personnes ayant répondu par « très faux » et celles qui sont indécises ont le même score (soit 20 %). Nous pouvons aussi aisément constater que les répondants qui ont coché « faux » enregistrent le score (17,3 %), les répondants qui ont validé « vrai » enregistre 32,7%, tandis que celles ayant coché « très vrai » ont un score de 14,7 %, enfin 15,3% estiment que ce n'est pas du tout vrai.

#### 5.1.5.2. Répartition de l'échantillon en fonction du recrutement dans les entreprises.

**Tableau 24: Répartition de l'échantillon en fonction du recrutement dans les entreprises.**

**Q22. Est-ce que vous connaissez des entreprises qui embauchent les personnes en situation de handicap ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	15	10,0	10,0	10,0
	Pas vrai	70	46,7	46,7	56,7
	Ni vrai, ni faux	28	18,7	18,7	75,3
	Vrai	27	18,0	18,0	93,3
	Très vrai	10	6,7	6,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Le tableau 22 présente la distribution de l'échantillon en fonction du recrutement dans les entreprises. À ce niveau d'analyse, les indécis enregistrent un score de 18,7%. La modalité « très faux » est représentée à hauteur de 10%, celle « faux » à hauteur de 46,7 %. 18 % ont répondu en cochant « vrai » tandis que 6,7 % ont coché « très vrai ».

### 5.1.5.3. Répartition de l'échantillon en fonction des employeurs.

**Tableau 25: Répartition de l'échantillon en fonction des employeurs.**

**Q23. Est-ce que vous pensez que les employeurs doivent être encouragés à embaucher des personnes en situation de handicap ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	13	8,7	8,7	8,7
	Pas vrai	23	15,3	15,3	24,0
	Ni vrai, ni faux	16	10,7	10,7	34,7
	Vrai	77	51,3	51,3	86,0
	Très vrai	21	14,0	14,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Les données du tableau ci-dessus portent sur la question : « Est-ce que vous pensez que les employeurs doivent être encouragés à embaucher des personnes en situation de handicap ? » Nous pouvons aisément constater que les répondants indécis enregistrent le score (10,7 %), le score des répondants qui ont validé « très faux » est de 8,7 %. On peut aussi observer que les personnes ayant répondu par « faux » enregistrent (15,3%) et celles ayant répondu par « vrai » ont un score (soit 51,3 %), tandis que celles ayant coché « très vrai » ont un score de 14 %.

### 5.1.5.4. Répartition de l'échantillon en fonction des discriminations

**Tableau 26: Répartition de l'échantillon en fonction des discriminations**

**Q24. Avez-vous déjà été confronté à des discriminations en tant que personne en situation de handicap lors d'une recherche d'emploi ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	11	7,3	7,3	7,3
	Pas vrai	9	6,0	6,0	13,3
	Ni vrai, ni faux	34	22,7	22,7	36,0

Vrai	87	58,0	58,0	94,0
Très vrai	9	6,0	6,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Le tableau 25 présente la distribution de l'échantillon en fonction des discriminations lors de la recherche d'emploi. Dans ce tableau, les indécis enregistrent le score de 22,7%. La modalité « très faux » est représentée à hauteur de 7,3 %, celle « faux » à hauteur de 6 %. 58 % ont répondu en cochant « vrai » tandis que 6% ont coché « très vrai ».

#### 5.1.5.5. Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 25.

**Tableau 27: Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 25.**

**Q25. Est-ce que les personnes en situation de handicap ont les mêmes chances que les autres pour trouver un emploi ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	15	10,0	10,0	10,0
	Pas vrai	74	49,3	49,3	59,3
	Ni vrai, ni faux	16	10,7	10,7	70,0
	Vrai	15	10,0	10,0	80,0
	Très vrai	30	20,0	20,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Nous pouvons aisément observer du tableau ci-dessus que les participants indécis enregistrent score (10 %) face à la question : « Est-ce que les personnes en situation de handicap ont les mêmes chances que les autres pour trouver un emploi ? ». Les autres scores sont respectivement 49,3%, 10%, 10 % et 20% pour les participants qui trouvent que c'est « faux », « vrai », « très faux » et « très vrai ».

### 5.1.6. Participation au développement communautaire.

Cette partie, propose donc la participation des personnes en situation de handicap au développement communautaire. Le questionnaire est constitué de cinq items.

#### 5.1.6.1. Répartition de l'échantillon en fonction des activités

**Tableau 28: Répartition de l'échantillon en fonction des activités**

**Q26. Avez-vous des idées sur les activités auxquelles les personnes en situation de handicap peuvent participer pour aider leur communauté ?**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Pas du tout vrai	16	10,7	10,7	10,7
Pas vrai	30	20,0	20,0	30,7
Ni vrai, ni faux	15	10,0	10,0	40,7
Vrai	74	49,3	49,3	90,0
Très vrai	15	10,0	10,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

À la lumière du tableau ci-dessus, force est de constater que 10 % de nos répondants sont indécis face au fait que les idées sur les activités des personnes en situation de handicap ont pour conséquence logique la participation au développement communautaire. 20% répondent par « faux », 10,7 % indiquent que c'est « très faux ». Ceux qui répondent par « vrai » enregistrent un score de 49,3%, tandis que 10 % répondent par « très vrai ».

#### 5.1.6.2. Répartition de l'échantillon en fonction de la communication des organisations communautaires.

**Tableau 29 : Répartition de l'échantillon en fonction de la communication des organisations communautaires.**

**Q27. Est-ce que la communication des organisations communautaires est claire pour aider les personnes en situation de handicap ?**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
--	-----------	-------------	--------------------	--------------------

Valide	Pas du tout vrai	15	10,0	10,0	10,0
	Pas vrai	53	35,3	35,3	45,3
	Ni vrai, ni faux	36	24,0	24,0	69,3
	Vrai	24	16,0	16,0	85,3
	Très vrai	22	14,7	14,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Comme le montre le tableau 28, 24% de l'échantillon sont indécis face au fait que la communication des organisations communautaires est claire pour aider les personnes en situation de handicap. 16% déclarent que c'est vrai, 14,7% disent que c'est très vrai. Les personnes qui répondent par « très faux » enregistrent un score de 10 % tandis que celles répondant par « faux » enregistrent un score de 35,3 %.

#### 5.1.6.3. Répartition de l'échantillon en fonction des difficultés à participer à l'amélioration de votre communauté.

**Tableau 30 : Répartition de l'échantillon en fonction des difficultés à participer à l'amélioration de votre communauté.**

**Q28. Avez-vous des difficultés à participer à l'amélioration de votre communauté ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	28	18,7	18,7	18,7
	Pas vrai	6	4,0	4,0	22,7
	Ni vrai, ni faux	99	66,0	66,0	88,7
	Vrai	11	7,3	7,3	96,0
	Très vrai	6	4,0	4,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Ce tableau ventile la répartition de l'échantillon selon les difficultés à participer à l'amélioration de leur communauté. Il en ressort que face à ce sujet, 66% des personnes

interrogées sont indécises, 4% penchent pour la modalité « faux », 7,3% sont pour « vrai ». Les autres scores sont 18,7 % pour les participants qui répondent par « très faux » et enfin 4% seulement ont coché « très vrai ».

#### 5.1.6.4. Répartition de l'échantillon en fonction des propositions sur l'accessibilité des bâtiments.

**Tableau 31: Répartition de l'échantillon en fonction des propositions sur l'accessibilité des bâtiments.**

**Q29. Avez-vous des propositions sur la manière d'améliorer l'accessibilité des bâtiments, des transports et des routes pour les personnes en situation de handicap dans votre communauté ?**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Pas du tout vrai	12	8,0	8,0	8,0
Pas vrai	28	18,7	18,7	26,7
Ni vrai, ni faux	39	26,0	26,0	52,7
Vrai	46	30,7	30,7	83,3
Très vrai	25	16,7	16,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

L'observation des données de ce tableau ci-dessus montre une variété d'opinion des répondants de l'item 29 : « Avez-vous des propositions sur la manière d'améliorer l'accessibilité des bâtiments, des transports et des routes pour les personnes en situation de handicap dans votre communauté ? » Prises une par une, les observations montrent que pour la modalité « faux » et « très faux », le taux de représentativité est respectivement de 18,7% et 8%. Les indécis enregistrent un score de 26 %. Les participants qui répondent par « vrai » ont un score de 30,7 %, tandis que 16,7 % seulement répondent par « très vrai ».

#### 5.1.6.5. Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 30.

**Tableau 32 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 30**

**Q30. Les personnes en situation de handicap sont-elles consultées lors de la mise en œuvre des projets communautaires ?**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout vrai	15	10,0	10,0	10,0
	Pas vrai	65	43,3	43,3	53,3
	Ni vrai, ni faux	30	20,0	20,0	73,3
	Vrai	34	22,7	22,7	96,0
	Très vrai	6	4,0	4,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

À la lumière du tableau ci-dessus, force est de constater que 20 % de nos répondants sont indécis à propos des consultations des personnes en situation de handicap lors de la mise en œuvre des projets communautaires. 43,3% répondent par « faux », 10 % indiquent que c'est « très faux ». Ceux qui répondent par « vrai » enregistrent un score de 22,7 %, tandis que 4 % répondent par « très vrai ».

## 5.2. ANALYSE DIFFÉRENTIELLE DES RÉSULTATS

Dans les tableaux qui précèdent, nous avons procédé à l'analyse descriptive des données. En effet, il s'agit de tester les hypothèses de recherche formulées au départ. Étant donné que notre étude est de type exploratoire et que nos valeurs sont quantitatives, nous allons utiliser un instrument de la statistique inférentielle à savoir le test du khi-deux de Bravais-Pearson. Cet instrument permet d'étudier le lien susceptible d'exister entre deux variables.

L'application du test du khi-deux requiert six étapes à savoir :

Détermination de l'hypothèse nulle et de l'hypothèse alternative

L'hypothèse nulle ( $H_0$ ) stipule qu'il n'existe aucun lien entre la variable indépendante et la variable dépendante. On peut également dire que les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

L'hypothèse alternative ( $H_1$ ) quant à elle, stipule qu'il existe un lien entre les variables ou que les deux variables sont dépendantes.

- Détermination du seuil de signification qui est de 0.05 en sciences sociales (fixé par convention)
- Calcul du degré de liberté  $df$  ou  $ddl$  suivant la formule  $ddl = (r-1) (c-1)$

- Calcul du Khi-deux selon la formule  $\chi^2_{\text{cal}} = \sum [(f_o - f_e)^2 / f_e]$  où  $f_o$  = fréquence observée,  $f_e$  = fréquence théorique
- Détermination de la valeur du Khi-deux lu ou  $\chi^2_{\text{lu}}$
- Prise de décision qui se fait selon les critères suivants : si  $\chi^2_{\text{cal}} > \chi^2_{\text{lu}}$  alors,  $H_1$  est acceptée et  $H_0$  rejetée alors l'hypothèse est confirmée ; si  $\chi^2_{\text{cal}} < \chi^2_{\text{lu}}$  alors  $H_1$  est rejetée et  $H_0$  acceptée alors l'hypothèse est infirmée.

Notre étude a pour hypothèse générale : « La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire ». Cette hypothèse étant la réponse anticipée à la question générale de recherche suivante : « La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite-t-elle leur participation au développement communautaire » ? Ainsi, nous allons utiliser le test de Khi-deux pour étudier l'incidence de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire.

### **5.2.1. Vérification des hypothèses.**

Pour vérifier notre hypothèse générale, nous l'avons éclatée en trois hypothèses de recherche à savoir :

**HR 1 :** La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**HR 2 :** Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**HR 3 :** Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

#### **5.2.1.1. Hypothèse N°1**

##### **Étape 1 : formulation des hypothèses alternatives et nulles**

**HR1 :** La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**Ha** : Il existe une forte corrélation entre les deux variables : donc la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**H0** : Il n'y a pas de corrélation entre les deux variables : donc la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limite pas leur participation au développement communautaire.

**Etape 2 : Présentation du tableau de résultat.**

**Tableau 33:** Tableau croisé item 12 et item 26

Q12. Croyez-vous que les comportements discriminatoires envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'entravent pas la participation au développement communautaire?		Q26. Avez-vous des idées sur les activités auxquelles les personnes en situation handicap peuvent participer pour aider leur communauté ?					Total
		Pas du tout vrai	Pas vrai	Ni vrai, ni faux	Vrai	Très vrai	
Pas du tout vrai	Effectif	1	25	0	0	0	26
	Effectif théorique	2,8	5,2	2,6	12,8	2,6	26,0
Pas vrai	Effectif	0	5	0	74	0	79
	Effectif théorique	8,4	15,8	7,9	39,0	7,9	79,0
Ni vrai, ni faux	Effectif	15	0	4	0	0	19
	Effectif théorique	2,0	3,8	1,9	9,4	1,9	19,0
Vrai	Effectif	0	0	11	0	4	15
	Effectif théorique	1,6	3,0	1,5	7,4	1,5	15,0
Très vrai	Effectif	0	0	0	0	11	11
	Effectif théorique	1,2	2,2	1,1	5,4	1,1	11,0
Total	Effectif	16	30	15	74	15	150
	Effectif théorique	16,0	30,0	15,0	74,0	15,0	150,0

Détermination du seuil de signification : = 0.05

- Calcul du degré de liberté  $df$  ou  $ddl$  suivant la formule  $ddl = (r-1) (c-1)$

$$ddl = (5-1) (5-1) = 16$$

- Calcul du Khi-deux corrigé selon la formule  $\chi^2_{\text{cal}} = \sum (f_o - f_e - 0,5)^2 / f_e$  avec  $- 0,5 =$  Correction de Yates où  $f_o =$  fréquence observée,  $f_e =$  fréquence théorique

Le Khi-deux calculé à l'aide du logiciel SPSS a donné les résultats consignés dans le tableau suivant :

**Tableau 34:** Résultats du Khi-deux pour HR1

<b>Tests du khi-carré</b>				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	433,416	16	,000	26,296
Rapport de vraisemblance	328,203	16	,000	
Association linéaire par linéaire	15,089	1	,000	
Coefficient de contingence	,862			
R de Pearson	,318			
Corrélation de Spearman	,285			
N d'observations valides	150			

15 cellules (60,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,10.

**Source :** Enquête de terrain par SPSS 23

- Détermination de la valeur du Khi-deux lu ou  $\chi^2_{lu}$

La valeur du Khi-deux lu pour un  $ddl=16$  sur la table est de 26,30

- Décision pour HR1

Pour un seuil de signification de 5% avec  $ddl=16$ ,  $\chi^2_{lu} = 26,30$   $\chi^2_{cal} = 433,416$ , nous devons rejeter l'hypothèse nulle ( $H_0$ ) selon laquelle : la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limite pas leur participation au développement communautaire. Ce qui implique que l'hypothèse alternative ( $H_a$ ) est acceptée. C'est-à-dire : la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

On conclut donc que l'hypothèse HR1 est confirmée c'est-à-dire : la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

### 5.2.1.2. Hypothèse N°2

#### Étape 1 : formulation des hypothèses alternatives et nulles

**HR2** : Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**Ha** : Il existe une forte corrélation entre les deux variables : donc les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**H0** : Il n'y a pas de corrélation entre les deux variables : donc Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limitent pas leur participation au développement communautaire.

#### Étape 2 : Présentation du tableau de résultats.

**Tableau 35** : Tableau croisé item 20 et item 28

Q20. Avez-vous connaissance des projets sur des aménagements spécifiques qui favorisent la participation active des personnes en situation de handicap?		Q28. Avez-vous des difficultés à participer à l'amélioration de votre communauté ?					Total
		Pas du tout vrai	Pas vrai	Ni vrai, ni faux	Vrai	Très vrai	
Pas du tout vrai	Effectif	4	0	0	11	5	20
	Effectif théorique	3,7	,8	13,2	1,5	,8	20,0
Pas vrai	Effectif	0	0	54	0	0	54
	Effectif théorique	10,1	2,2	35,6	4,0	2,2	54,0
Ni vrai, ni faux	Effectif	0	0	42	0	0	42
	Effectif théorique	7,8	1,7	27,7	3,1	1,7	42,0
Vrai	Effectif	24	0	3	0	0	27
	Effectif théorique	5,0	1,1	17,8	2,0	1,1	27,0
Très vrai	Effectif	0	6	0	0	1	7

	Effectif théorique	1,3	,3	4,6	,5	,3	7,0
Total	Effectif	28	6	99	11	6	150
	Effectif théorique	28,0	6,0	99,0	11,0	6,0	150,0

Source : Enquête de terrain générée par SPSS. 23

Détermination du seuil de signification : = 0.05

- Calcul du degré de liberté  $df$  ou  $ddl$  suivant la formule  $ddl = (r-1) (c-1)$

$$ddl = (5-1) (5-1) = 16$$

- Calcul du Khi-deux corrigé selon la formule  $\chi^2_{cal} = \sum \frac{(f_o - f_e - 0,5)^2}{f_e}$  avec  $-0,5$  = Correction de Yates où  $f_o$  = fréquence observée,  $f_e$  = fréquence théorique

Le Khi-deux calculé à l'aide du logiciel SPSS a donné les résultats consignés dans le tableau suivant :

Tableau 36 : Résultats du Khi-deux pour HR2

#### Tests du khi-carré

	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	360,424	16	,000	26,296
Rapport de vraisemblance	246,528	16	,000	
Association linéaire par linéaire	56,193	1	,000	
Coefficient de contingence	,840			
R de Pearson	-,614			
Corrélation de Spearman	-,664			
N d'observations valides	150			

18 cellules (72,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,28.

Détermination de la valeur du Khi-deux lu ou  $\chi^2_{lu}$

La valeur du Khi-deux lu pour un  $ddl=16$  sur la table est de 26,30

Décision pour HR2

Pour un seuil de signification de 5% avec  $ddl=16$ ,  $\div 2lu = 26,30$   $\div 2cal = 246,528$ , nous devons rejeter l'hypothèse nulle (H0) selon laquelle : Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limitent pas leur participation au développement communautaire. Ce qui implique que l'hypothèse alternative (Ha) est acceptée. C'est-à-dire Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire. On conclut donc que l'hypothèse HR2 est confirmée c'est-à-dire : Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

### 5.2.1.3. Hypothèse N°3

#### Étape 1 : formulation des hypothèses alternatives et nulles

**HR3** : Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**Ha** : Il existe une forte corrélation entre les deux variables : donc les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**H0** : Il n'y a pas de corrélation entre les deux variables : donc les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limitent pas leur participation au développement communautaire.

#### Étape 2 : Présentation du tableau de résultats.

**Tableau 37** : Tableau croisé item 22 et item 30

		Tableau croisé					
		Q30. Les personnes en situation handicap sont-elles consultées lors de la mise en œuvre des projets communautaires ?					Total
Q22. Est-ce que vous connaissez les entreprises qui embauchent les personnes en situation de handicap ?		Pas du tout vrai	Pas vrai	Ni vrai, ni faux	Vrai	Très vrai	
Pas du tout vrai	Effectif	11	0	4	0	0	15
	Effectif théorique	1,5	6,5	3,0	3,4	,6	15,0

Pas vrai	Effectif	0	65	0	5	0	70
	Effectif théorique	7,0	30,3	14,0	15,9	2,8	70,0
Ni vrai, ni faux	Effectif	0	0	0	28	0	28
	Effectif théorique	2,8	12,1	5,6	6,3	1,1	28,0
Vrai	Effectif	0	0	26	1	0	27
	Effectif théorique	2,7	11,7	5,4	6,1	1,1	27,0
Très vrai	Effectif	4	0	0	0	6	10
	Effectif théorique	1,0	4,3	2,0	2,3	,4	10,0
Total	Effectif	15	65	30	34	6	150
	Effectif théorique	15,0	65,0	30,0	34,0	6,0	150,0

Source : Enquête de terrain générée par SPSS. 23

- Détermination du seuil de signification : = 0.05
- Calcul du degré de liberté  $df$  ou  $ddl$  suivant la formule  $ddl = (r-1) (c-1)$

$$ddl = (5-1) (5-1) = 16$$

- Calcul du Khi-deux corrigé selon la formule  $\chi^2_{cal} = \sum \frac{(f_o - f_e - 0,5)^2}{f_e}$  avec - 0,5 = Correction de Yates où  $f_o$  = fréquence observée,  $f_e$  = fréquence théorique

Le Khi-deux calculé à l'aide du logiciel SPSS a donné les résultats consignés dans le tableau suivant :

**Tableau 38** : Résultats du Khi-deux pour HR3

Tests du khi-carré				
	Valeur calculée	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Valeur lue
Khi-carré de Pearson	431,739	16	,000	26,296
Rapport de vraisemblance	338,477	16	,000	

Association linéaire par linéaire	45,825	1	,000	
Coefficient de contingence	,861			
R de Pearson	,555			
Corrélation de Spearman	,633			
N d'observations valides	150			

14 cellules (56,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de, (40. %).

- Détermination de la valeur du Khi-deux lu ou  $\chi^2_{lu}$

La valeur du Khi-deux lu pour un  $ddl=16$  sur la table est de 26,30

- Décision pour HR3

Pour un seuil de signification de 5% avec  $ddl=16$ ,  $\chi^2_{lu}=26,30$   $\chi^2_{cal}=431,739$ , nous devons rejeter l'hypothèse nulle ( $H_0$ ) selon laquelle les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limitent pas leur participation au développement communautaire. Ce qui implique que l'hypothèse alternative ( $H_a$ ) est acceptée. C'est-à-dire les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

On conclut donc que l'hypothèse HR3 est confirmée c'est-à-dire les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**Tableau 39** : Récapitulatif de la vérification des hypothèses de recherche

<b>Hypothèses de recherche</b>	<b>Test statistique</b>	<b>ddl</b>	<b>Seuil de signification</b>	<b>X<sup>2</sup>cal</b>	<b>X<sup>2</sup>lu</b>	<b>Comparaison</b>	<b>Décision</b>
HR1	Khi-deux	16	0.05	433,416	26,30	X <sup>2</sup> cal > X <sup>2</sup> lu	Ha acceptée
HR2	Khi-deux	16	0.05	246,528	26,30	X <sup>2</sup> cal > X <sup>2</sup> lu	Ha acceptée
HR3	Khi-deux	16	0.05	431,739	26,30	X <sup>2</sup> cal > X <sup>2</sup> lu	Ha acceptée

Il s'agissait dans ce chapitre de présenter et d'analyser les résultats auxquels nous sommes parvenus dans notre étude. Ainsi, nous sommes allés de l'analyse descriptive à l'analyse inférentielle. Cette dernière nous a permis de vérifier nos hypothèses de recherche qui ont toutes été confirmées ce qui implique de manière générale que la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

Dans la suite de notre travail nous allons interpréter nos résultats à la lumière des théories et proposer des suggestions.

## CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PLAN D'ACTION ET SUIVI-EVALUATION

Après avoir présenté et analysé les résultats auxquels nous sommes parvenus, il sera question dans le présent chapitre, d'interpréter nos résultats c'est-à-dire donner une signification aux résultats de notre étude en relation avec les théories, et, dans un second moment, d'apporter quelques recommandations et suggestions.

En effet, notre étude a été menée dans l'objectif d'établir le lien entre l'autonomisation des personnes en situation de handicap moteur de l'arrondissement de Yaoundé I et la participation au développement communautaire. Notre hypothèse générale « La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire » a donné naissance à trois hypothèses de recherche à savoir :

**HR 1 :** La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**HR 2 :** Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**HR 3 :** Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

### 6.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous allons interpréter nos résultats de manière progressive c'est-à-dire dans l'ordre des hypothèses de recherche.

#### 6.1.1. Hypothèse de recherche 1 HR1

##### *6.1.1.1. Rappel sur l'hypothèse de recherche 1 HR1*

L'hypothèse de recherche 1 (HR1) stipule que « La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire ». La variable manipulée ici est « la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur ». En effet, à travers cette variable, il a été question d'évaluer la portée de la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur.

C'est à ce titre que les items 11, 12, 13, 14 et 15 de notre questionnaire ont été formulés et adressés à nos répondants.

Cette variable a ensuite été croisée avec l'item 26 qui mesure la participation au développement communautaire par la question suivante : « Q26. Avez-vous des idées sur les activités auxquelles les personnes en situation handicap peuvent participer pour aider leur communauté ? ». Les résultats du khi-deux (Cf. tableau 32) ont révélé que la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

#### ***6.1.1.2. Interprétation et discussion des résultats de HRI***

L'hypothèse de recherche 1 a été confirmée c'est-à-dire la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire. Cela permet de conclure que la stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

Le modèle de production de handicap met en avant le rôle de développement et des facteurs sociaux dans la production du handicap, plutôt que de considérer celui-ci comme une caractéristique intrinsèque de la personne. Cette approche implique donc de mettre l'accent sur la création d'un environnement favorable à la participation des personnes en situation de handicap, en mettant en place des pratiques qui promeuvent une compréhension empathique des défis auxquels elles font face, mettre en place des politiques et des lois garantissant l'égalité des droits. Au regard du tableau 12, nous constatons malheureusement que 52,7% de nos répondants déclarent que les comportements discriminatoires envers les personnes vivant avec un handicap moteur entravent la participation au développement communautaire. Seulement 7,3% des participants pensent le contraire.

De ce fait, nous tendons à croire que, pour favoriser la participation des personnes vivant avec un handicap au développement communautaire, il est important de mettre en place des programmes de sensibilisation efficaces pour lutter contre la stigmatisation et qui permettent à ces personnes de développer leurs compétences et de participer pleinement à la vie de leur communauté. Cela peut inclure des mesures qui visent à promouvoir des représentations positives des personnes vivant avec un handicap dans les médias et la culture populaire.

En somme les deux approches sont complémentaires, car une lutte contre la stigmatisation peut contribuer à créer un environnement favorable à la participation des personnes vivant avec un handicap, en diminuant les barrières et en favorisant l'inclusion de tous dans la vie de leur communauté.

## **6.1.2. Hypothèse de recherche 2 HR2**

### ***6.1.2.1. Rappel sur l'hypothèse de recherche 2 HR2***

L'hypothèse de recherche 2 de notre étude est la suivante : « Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire ». La variable manipulée dans cette hypothèse est « Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur ». L'objectif, à travers cette variable, a été d'évaluer l'incidence des difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire. Cela s'est fait à partir des items 16, 17, 18, 19, et 20 de notre questionnaire.

Cette variable a ensuite été croisée avec l'item 28 qui mesure les difficultés à participer à l'amélioration de la communauté à travers la question suivante : « Avez-vous des difficultés à participer à l'amélioration de votre communauté ? » Les résultats du khi-deux (Cf. tableau 34) ont révélé une incidence significative des difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire.

### ***6.1.2.2. Interprétation et discussion des résultats de HR2***

« Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire », telle est la conclusion des résultats de HR2.

Selon la théorie du processus de production du handicap, le handicap est le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les barrières environnementales. Dans ce contexte, les difficultés d'accessibilité physique, telles que l'absence de rampes d'accès, d'ascenseurs adaptés ou de trottoirs environnementales qui entravent leur participation pleine et entière. Ces obstacles physiques limitent leur capacité à accéder aux services, aux infrastructures et aux espaces publics, ce qui détruit leur engagement dans des activités sociale, économique et politiques au sein de la communauté de Yaoundé I. Par conséquent, pour

favoriser la participation des personnes handicapées au développement communautaire, il est essentiel de réduire ces obstacles en mettant en œuvre des mesures d'accessibilité physique telles que des infrastructures adaptées, des transports accessibles et des aménagements urbains inclusifs. En éliminant ces barrières environnementales, on permet aux personnes handicapées de contribuer pleinement à la vie communautaire et de bénéficier des opportunités de développement social, économique et politique.

L'évaluation de HR2 s'est faite à travers les modalités suivantes : l'amélioration des accès aux infrastructures où 40,7% de nos répondants restent en désaccord (Cf. tableau 16), des outils d'appui avec 46,7 % des participants pensant qu'ils n'ont pas ces outils pour participer aux activités de la communauté (Cf. tableau 17), l'implication dans la prise de décision où nous avons 34 % des participants qui restent sceptiques (Cf. tableau 18), la participation aux activités avec 34,7% des répondants qui déclarent que cette participation est difficile (Cf. tableau 19), des projets de développement communautaire où 36 % des répondants estiment qu'il n'existe pas de projets qui ont inclus la participation active des personnes vivant avec un handicap (Cf. tableau 20).

Ces statistiques montrent que l'adaptation environnementale reste à améliorer. Pourtant, l'adaptation environnementale est un moyen pour les personnes vivant avec un handicap de surmonter ces obstacles. Cela peut inclure l'installation de rampes d'accès, la création d'espaces de stationnement réservés, l'ajout de fonctionnalités d'accessibilité aux technologies de l'information et de la communication.

Si ces adaptations environnementales sont effectuées de manière efficace et cohérente, cela peut améliorer la participation des personnes vivant avec un handicap à la vie communautaire et favoriser leur contribution aux développements communautaires. Cela peut également créer un sentiment d'inclusion et de bien-être pour les personnes en situation de handicap et renforcer leur estime de soi.

En bref, le processus de production de handicap met en lumière les barrières qui empêchent la participation pleine et égale des personnes en situation de handicap à la vie communautaire et l'adaptation.

### **6.1.3. Hypothèse de recherche 3 HR3**

#### ***6.1.3.1. Rappel sur l'hypothèse de recherche 3 HR3***

L'hypothèse de recherche 3 stipule que « Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire. ». « Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur », est la variable manipulée dans l'hypothèse HR3. Il a été question d'évaluer les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire. Ce qui a été fait à partir des items 22, 23, 24, 25 et 26 de notre questionnaire.

Cette variable a ensuite été croisée avec l'item 30 qui vérifie l'accès facile à l'éducation à travers la question suivante : « Êtes-vous d'avis que l'accessibilité des personnes en situation de handicap à l'environnement a pour conséquence logique le développement communautaire ? » Les résultats du khi-deux (Cf. tableau 34) ont révélé un impact significatif des barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur leur participation au développement communautaire.

#### ***6.1.3.2. Interprétation et discussion des résultats de HR3.***

L'empowerment et des barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sont étroitement liés dans la mesure où l'un soutient l'autre dans la réalisation d'un développement communautaire inclusif. Lorsque les personnes handicapées ont accès aux emplois adaptés et à des opportunités économiques équitables, cela renforce leur autonomie, leur confiance en eux et leur capacité. En retour, leur participation active au développement communautaire renforce la communauté dans laquelle ils vivent, favorise la croissance économique et permet de lutter contre l'exclusion sociale et la discrimination envers les personnes handicapées. Ainsi, l'empowerment et l'accès aux emplois adaptés sont des éléments clés pour une société inclusive et durable.

Toutefois, l'observation des tableaux 21, 22, 23, 24 et 25 nous permet de constater que l'accès aux emplois adaptés des personnes vivant avec un handicap moteur n'est pas effectif. A titre d'illustration, à la question : Avez-vous déjà été confronté à des discriminations en tant que personne en situation de handicap lors d'une recherche d'emploi ? 58% représentant la majorité approuvent cette discrimination.

Dans le même ordre d'idée, le processus de production du handicap se réfère au fait que le handicap est construit socialement et que les obstacles sociaux et physiques empêchent les personnes en situation de handicap d'avoir pleinement accès aux mêmes opportunités que les personnes valides. Cela peut inclure l'accès à l'éducation, aux soins de santé, au marché du travail et à la participation à la vie communautaire.

L'accès aux emplois pour les personnes vivant avec un handicap moteur serait une composante importante de la participation à la vie communautaire et au développement économique. Les employeurs peuvent contribuer à la production du handicap en ne fournissant pas de conditions de travail accessibles, en ne proposant pas d'exploiter les compétences et les capacités des travailleurs handicapés.

Pourtant, en fournissant des conditions de travail accessibles, les employeurs peuvent aider à réduire les obstacles sociaux et physiques auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap moteur. Cela peut inclure les adaptations structurelles comme les rampes d'accès et les ascenseurs pour les travailleurs en fauteuil roulant, ou des solutions technologiques comme les logiciels de reconnaissance vocale pour les travailleurs ayant des troubles physiques.

Finalement, en donnant accès aux emplois et fournissant des conditions de travail accessibles pour les personnes en situation de handicap moteur, nous pouvons réduire la production du handicap et permettre à ces individus de participer pleinement à la vie de la communauté et de contribuer au développement économique.

## **6.2. SUGGESTIONS AUX AUTORITÉS EN CHARGE POUR LA PARTICIPATION DES PERSONNES vivant avec un HANDICAP AU DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE**

La mise en œuvre des mesures favorables à l'exercice de la participation au développement communautaire par les personnes en situation de handicap moteur passe par la mise en place de mesures garantissant le respect des droits. Il est primordial de faire des suggestions aux autorités dans un contexte où l'adaptabilité socio-économique des services publics est un enjeu de participation effective à la gestion des affaires publiques. Voici quelques suggestions qui pourraient aider à favoriser la participation des personnes en situation de handicap moteur dans le développement communautaire :

1. Améliorer l'accessibilité des transports en commun et des bâtiments publics : Les autorités pourraient travailler avec les entreprises et les organisations pour rendre les espaces publics accessibles aux personnes en situation de handicap moteur et leur permettre de participer aux processus décisionnels, notamment en créant des comités consultatifs qui prennent en compte leurs besoins et leurs préoccupations.

2. Créer des programmes de formation pour les personnes en situation de handicap moteur : les autorités pourraient encourager les entreprises et les organisations à élaborer des programmes de formation pour les personnes en situation de handicap moteur, afin qu'elles puissent acquérir des compétences pour participer au développement communautaire.

3. Mettre en place les mécanismes de financement pour les projets qui prennent en compte les personnes en situation de handicap moteur. Les autorités pourraient encourager les entreprises et les organisations à développer des projets qui prennent en compte les personnes en situation de handicap moteur. Elles pourraient également mettre en place des mécanismes de financement pour soutenir ces projets.

4. Encourager la participation des personnes en situation de handicap moteur dans le processus décisionnel : les autorités pourraient encourager les personnes en situation de handicap moteur à participer aux processus décisionnels, notamment en créant des comités consultatifs qui prennent mieux en compte leurs besoins et leurs préoccupations.

5. Sensibiliser la communauté aux problématiques des personnes en situation de handicap moteur : les autorités pourraient travailler avec les entreprises, les organisations et les médias pour sensibiliser la communauté aux problématiques des personnes en situation de handicap moteur, afin de réduire la stigmatisation et d'encourager la participation de ces personnes à la vie communautaire.

### **6.3. PLAN D'ACTION ET SUIVI-EVALUATION**

Le handicap moteur est un défi majeur pour les personnes concernées, qui peuvent être confrontées à de nombreuses difficultés dans leur vie quotidienne. L'autonomisation de ces personnes et leur participation au développement communautaire dans l'arrondissement de Yaoundé I sont des objectifs essentiels pour favoriser leur inclusion sociale et améliorer leur qualité de vie. Dans ce chapitre, nous présenterons un plan d'action et un suivi-évaluation pour promouvoir l'autonomisation des personnes en situation de handicap moteur et faciliter leur participation active à la vie de la communauté.

### **6.3.1. Objectifs du plan d'action :**

#### **❖ Sensibilisation et éducation :**

Sensibiliser la communauté à la réalité des personnes en situation de handicap moteur, en organisant des campagnes de sensibilisation et en diffusant des informations sur les droits et les besoins spécifiques de ces personnes. Promouvoir une éducation inclusive pour tous, en veillant à ce que les établissements scolaires et les programmes d'apprentissage soient accessibles aux personnes en situation de handicap moteur.

#### **❖ Accès à des services de santé et de réadaptation :**

Garantir un accès équitable aux services de santé, en veillant à ce que les structures de soins soient adaptées aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap moteur. Faciliter l'accès à des services de réadaptation physique et fonctionnelle, tels que la kinésithérapie et l'ergothérapie, pour permettre aux personnes en situation de handicap moteur de maximiser leur indépendance et leur participation à la vie quotidienne.

#### **❖ Accès à l'emploi et à des opportunités économiques :**

Promouvoir l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap moteur, en sensibilisant les employeurs aux avantages de l'embauche de ces personnes et en leur fournissant des incitations pour le faire. Mettre en place des programmes de formation professionnelle et d'accompagnement pour permettre aux personnes en situation de handicap moteur de développer leurs compétences et de trouver un emploi adapté à leurs capacités.

#### **❖ Accessibilité et aménagement du cadre de vie :**

S'assurer que les infrastructures publiques, les transports et les services sont accessibles aux personnes en situation de handicap moteur, en respectant les normes d'accessibilité universelle. Encourager l'aménagement de l'environnement bâti de manière inclusive, en veillant à ce que les logements, les espaces publics et les équipements soient adaptés aux besoins des personnes en situation de handicap moteur.

#### **❖ Participation et engagement communautaire :**

Favoriser la participation active des personnes en situation de handicap moteur à la vie de la communauté, en encourageant leur engagement dans des associations, des groupes de soutien et des activités de loisirs inclusives. Donner aux personnes en situation de handicap

moteur la possibilité de participer à la prise de décision au niveau local et de contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes qui les concernent.

### **Méthodologie du plan d'action**

- Établir des partenariats avec les écoles de Yaoundé I pour mettre en place des programmes d'éducation inclusive, en fournissant des ressources pédagogiques adaptées et en formant les enseignants à l'inclusion des élèves handicapés.
- Collaborer avec les entreprises locales pour identifier les opportunités d'emploi adaptées aux personnes handicapées, en offrant des formations professionnelles et en sensibilisant les employeurs aux avantages de l'embauche inclusive.
- Organiser des campagnes de sensibilisation dans les établissements de santé de Yaoundé I pour informer les professionnels de la santé sur les besoins spécifiques des personnes handicapées et améliorer l'accessibilité des installations médicales.
- Organiser des ateliers de formation sur les droits des personnes handicapées et la participation communautaire, en encourageant les personnes handicapées à s'impliquer dans les comités de développement local et à partager leurs perspectives.

#### **6.3.2. Résultats attendus**

- Augmentation du nombre d'enfants handicapés inscrits dans les écoles de Yaoundé I et amélioration de leur taux de réussite scolaire.
- Création d'opportunités d'emploi adaptées aux personnes handicapées, avec une augmentation du nombre de personnes handicapées employées dans les entreprises locales.
- Amélioration de l'accessibilité des services de santé pour les personnes handicapées, avec une sensibilisation accrue des professionnels de la santé.
- Renforcement de la participation des personnes handicapées dans les comités de développement local, avec une augmentation de leur implication dans la prise de décisions communautaires.

#### **6.3.3. Suivi-évaluation**

Dans le cadre de l'autonomisation des personnes en situation de handicap et de leur participation au développement communautaire dans la ville de Yaoundé I, il est crucial de mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation pour évaluer et rendre compte de l'efficacité des actions entreprises. Voici quelques points clés concernant le suivi et l'évaluation :

- Indicateurs de suivi : Il est important de définir des indicateurs spécifiques pour suivre les progrès réalisés dans l'autonomisation des personnes en situation de handicap et leur participation au développement communautaire. Ces indicateurs peuvent inclure le nombre de personnes en situation de handicap bénéficiant de formations professionnelles, le nombre d'entreprises locales engagées dans l'emploi de ces personnes, le nombre d'infrastructures publiques et de services rendus accessibles aux personnes en situation de handicap, etc.
- Collecte de données : Il faudra mettre en place des mécanismes de collecte de données fiables et réguliers pour évaluer les progrès réalisés. Cela peut inclure des enquêtes, des entretiens, des visites sur le terrain, etc. Les données collectées devront être ventilées par sexe, âge, type de handicap, etc., afin d'avoir une vision plus précise de l'impact des actions mises en œuvre.
- Suivi des activités : Il est important de suivre régulièrement les activités mises en place pour promouvoir l'autonomisation des personnes en situation de handicap et leur participation au développement communautaire. Cela peut être fait à travers des rapports d'avancement, des réunions de suivi, des revues de projets, etc. Ce suivi permettra de s'assurer que les actions prévues sont mises en œuvre correctement et de prendre des mesures correctives si nécessaire.
- Évaluation de l'impact : Une évaluation de l'impact des actions entreprises devra être réalisée à intervalles réguliers. Cela peut être fait à travers des évaluations externes réalisées par des experts indépendants ou des évaluations internes réalisées par l'organisation responsable de la mise en œuvre des actions. L'évaluation de l'impact permettra de mesurer les changements observés chez les personnes en situation de handicap et dans la communauté, et de comprendre les facteurs qui contribuent à ces changements.
- Participation des parties prenantes : Il est essentiel d'impliquer les personnes en situation de handicap elles-mêmes ainsi que les organisations de la société civile, les autorités locales et les acteurs communautaires dans le processus de suivi et d'évaluation. Leur participation garantit une approche participative et inclusive et permet de recueillir des perspectives et des données importantes pour l'évaluation.

#### **6.3.4. INFORMATIONS SPECIFIQUES SUR LE PLAN FINANCIER**

Pour établir un plan financier complet pour le projet d'autonomisation des personnes en situation de handicap et participation au développement communautaire dans la ville de Yaoundé I, il est nécessaire de disposer de plusieurs informations, notamment le budget total alloué au projet, les sources de financement disponibles, les dépenses prévues, etc. Sans ces informations spécifiques, il est difficile de fournir un plan financier précis et réaliste. Cependant, voici une structure générale que vous pouvez suivre pour élaborer votre plan financier :

##### **❖ Budget total**

- Salaire du personnel (instructeurs, formateurs, intervenants, etc.)
- Frais d'administration (loyer, fournitures de bureau, frais de communication, etc.)
- Matériel et équipement (ordinateurs, rampes d'accès, équipements de formation, etc.)
- Formation et éducation (stages, programmes de formation, supports pédagogiques, etc.)
- Campagnes de sensibilisation (matériel promotionnel, événements publics, etc.)
- Évaluations et études d'impact
- Subventions et financements pour les activités communautaires
- Frais de voyage et de transport

##### **❖ Sources de financement**

- Subventions gouvernementales
- Financement des organisations internationales
- Dons et contributions privés
- Cotisations des membres
- Financements participatifs

##### **❖ Dépenses prévues :**

- Formation et éducation des personnes en situation de handicap
- Sensibilisation et promotion de l'inclusion dans la communauté
- Réalisation d'aménagements pour rendre les infrastructures accessibles
- Mise en place de programmes d'emploi et d'entrepreneuriat pour les personnes en situation de handicap
- Évaluations et études d'impact régulières

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette étude intitulée: « la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I et participation au développement communautaire » a été menée dans le domaine des sciences de l'éducation en général et particulièrement en intervention et action communautaire. Son objectif principal a été d'étudier l'incidence de la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I sur la participation au développement communautaire.

La recherche que nous avons menée était bâtie sur la question principale suivante : « la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite-t-elle la participation au développement communautaire ? » En guise de réponse anticipée à cette question, nous avons fait l'hypothèse que : « la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite la participation au développement communautaire ». Cette hypothèse a elle-même été éclatée en trois hypothèses de recherche dont la vérification à partir des données de terrain a donné les résultats suivants :

- **Résultat pour HR1**

**HR 1** la stigmatisation sociale des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**Ha** : la stigmatisation sociale des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire.

**H0** : la stigmatisation sociale des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limite pas leur participation au développement communautaire.

Pour  $\alpha = 0,05$  avec  $ddl = 16$ , on a  $t_{lu} = 26,30$  et  $t_{cal} = 433,416$ . Alors,  $H_0$  est rejetée et  $H_a$  est donc confirmée.

- **Résultat pour HR2**

**HR2** : les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**Ha** : les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**H0** : les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limitent pas leur participation au développement communautaire.

Pour  $\alpha = 0,05$  avec  $ddl = 16$ , on a  $t_{lu} = 26,30$  et  $t_{cal} = 246,528$ . Alors,  $H_0$  est rejetée et  $H_a$  est donc confirmée.

### **Résultat pour HR3**

**HR3** : les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

$H_a$  : les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.

**H0** : les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I ne limitent pas leur participation au développement communautaire.

Pour  $\alpha = 0,05$  avec  $ddl = 16$ , on a  $t_{lu} = 26,30$  et  $t_{cal} = 431,739$ . Alors,  $H_0$  est rejetée et  $H_a$  est donc confirmée.

En effet nous avons exploré en profondeur la marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I et leur participation au développement communautaire. Nos recherches démontrent clairement l'importance cruciale de l'intervention et de l'action communautaire dans la lutte contre cette marginalisation. Ainsi, en mettant l'accent sur l'accessibilité des infrastructures, l'inclusion ainsi que l'insertion professionnelle, notre travail illustre comment les efforts communautaires peuvent créer des changements significatifs à Yaoundé I. Les actions des entreprises par les autorités et par les différents acteurs de la société civile témoignent de l'avancée sur ce plan, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les conditions de vie de ces personnes et leur pleine participation au développement communautaire. Il est donc nécessaire de continuer à sensibiliser la population et à mettre en place des mesures concrètes en faveur de l'autonomisation des personnes vivant avec un handicap moteur pour une société inclusive et égalitaire. En mettant en place ce plan d'action sur la participation des personnes en situation de handicap moteur à Yaoundé I au développement communautaire, il est possible de favoriser l'inclusion sociale et l'égalité des chances pour ces personnes. Cela nécessite une approche globale, impliquant différents acteurs, tels que les pouvoirs publics, les organisations de la société civile et les communautés locales. Ensemble, nous pouvons créer un environnement qui permet aux personnes en situation de handicap moteur de réaliser leur plein potentiel et de contribuer pleinement à la société.

## RÉFÉRENCES

- Affile, B., Gentil, C., & Rimbert, F. (2007). Les théories de la socialisation. In B. Affile, C. Gentil & F. Rimbert (Eds.), *Les grandes questions sociales contemporaines* (pp. 2829). Paris, France : Edition L'étudiant. 164 pages.
- Ancet, P. (2010). Virilité, identité masculine et handicap. In R. Scelles, A. Ciccone, S. KorffSausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Eds.), *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (pp. 157-170). Toulouse, France : Erès. doi:10.3917/eres.scell.2010.01.0157.
- Article 371-1 du Code civil (L. n°2002-305 du 4 mars 2002). In *Code civil* (108<sup>e</sup> éd., pp. 546). Paris, France : Dalloz. 2745 pages.
- Balard, F., Kivitts, J., Schnecker, C., & Volery I. (2016). L'analyse qualitative en santé. In J. Kivitts, F. Balard, C. Fournier & M. Winance (Eds.), *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 165-184). Paris, France : Armand Colin. 288 pages.
- Barbier, J.-M. (1996). De l'usage de la notion d'identité en recherche. *Éducation permanente*, 128, 11-26.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27. 24 pages.
- Béraud, C. (2010). Individualisation. In S. Paugam (Ed.), *Les 100 mots de la sociologie* (pp. 73-74). Paris, France : Presses universitaires de France. 128 pages.
- Berger, P. L. (2014). *Invitation à la sociologie*. Paris, France : La Découverte. 256 pages.
- Berger, P. L., & Luckman, T. (2014). *La construction sociale de la réalité*. Paris, France : Armand Colin. 344 pages.
- Bertaux, D. (1997). *L'enquête et ses méthodes : Les récits de vie*. Paris, France: Nathan. 216 pages.
- Beyrie, A. (2015). *Vivre avec le handicap : L'expérience de l'incapacité motrice majeure*. Rennes, France: Presses Universitaires de Rennes. 311 pages.

- Blanc, A. (2006). Handicap et insertion professionnelle : égalité et démocratie. *Reliance*, 19(1), 42-49. 8 pages.
- Blanc, A. (2012). *Sociologie du handicap*. Paris, France : Armand Colin. 215 pages.
- Blanc, A. (2013). Intouchables et Où on va, papa : Deux œuvres centrées sur le handicap dans la culture de masse. In R. Scelles, A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Eds.), *Famille, culture et handicap* (pp. 71-86). Toulouse, France : Erès. doi:10.3917/eres.scell.2013.02.0071. 230 pages.
- Blanc, A., Fronteau-Loones, A., Gardien, E., & Le Queau, P. (2003). L'expérience du handicap : Ouvrage collectif (Cahier de recherche n°182). Paris : CREDOC. Repéré à <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C192.pdf>. 182 pages.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris, France : Armand colin. 125 pages.
- Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J., & Trognon, A. (2005). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : Observer, interviewer, questionner*. Paris, France : Dunod. 197 pages.
- Boland, L. (2009). L'annonce de déficience et de handicap. Exposé réalisé en avril 2009 au Centre de Recherche et d'Etudes Appliquées de la Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine (HELB). Bruxelles, Belgique : Fondation Lou / Plateforme Annonce Handicap. Repéré à [http://www.a-lou.com/PDF/EXPOSE\\_ANN\\_HANDICBOLAND-FL-PAH-04-09.pdf](http://www.a-lou.com/PDF/EXPOSE_ANN_HANDICBOLAND-FL-PAH-04-09.pdf). 17 pages.
- Bonnet, C. (2010). L'insertion des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire : quels défis pour l'entreprise. Mémoire de séminaire entreprise et société : grands débats contemporains. Institut d'études politiques de Lyon, Université Lumière Lyon 2, Lyon, France. Repéré à [http://doc.sciencespolyon.fr/Ressources/Documents/Etudiants/Memoires/Cyberdocs/MFE2010/bonnet\\_c/pdf/bonnet\\_c.pdf](http://doc.sciencespolyon.fr/Ressources/Documents/Etudiants/Memoires/Cyberdocs/MFE2010/bonnet_c/pdf/bonnet_c.pdf). 97 pages.

- Bourgois, E. (1998). Apprentissage, motivation et engagement en formation. *Education permanente*, 136, 101-109. 9 pages.
- Bozon, M. (2013). *Sociologie de la sexualité* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin. 128 pages.
- Brandt, P. Y., & Fournier, C.-A. (Eds.). (2009). *La conversion religieuse: Analyses psychologiques, anthropologiques et sociologiques*. Genève, Suisse : Labor et Fides. 281 pages.
- Buckser, A., & Glazier, S.-D. (2003). *The anthropology of religious conversion*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield. 236 pages.
- Bureau central des recensements et des études de la population (BUCREP). (2010). *Troisième recensement général de la population et de l'habitat (3ème RGPH) : Vol. 2, Tome 13. Situation socioéconomique des personnes vivant avec un handicap*. Yaoundé, Cameroun : BUCREP. 135 pages.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health and illness*, 4, 164-182. 22 pages.
- Buscatto, M. (2014). *Sociologies du genre*. Paris, France : Armand Colin. 192 pages.
- Calvez, M. (1994a). Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. *Sciences sociales et Santé*, 1, 61-88. 27 pages.
- Calvez, M. (2006). L'analyse culturelle de Mary Douglas : Une contribution à la sociologie des institutions. *Sociologies*. Repéré à <http://sociologies.revues.org/document522.html>
- Carricaburu, D., & Menoret, M. (2012). *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*. Paris, France: Armand Colin. 235 pages.
- Centre national de réhabilitation des personnes handicapées cardinal Paul Émile Leger (CNRPH). (n.d.). *Bilan des activités du centre national de réhabilitation des personnes handicapées cardinal Paul Émile Leger*. Document inédit. Yaoundé, Cameroun : CNRPH.
- Chamahian, A., Ballard, F., & Caradec, V. (2016). Enquêter auprès des personnes malades d'Alzheimer : L'approche compréhensive. In J. Kivits, F. Ballard, C. Fournier &

- M. Winance (Eds.), *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 219-244). Paris, France:  
Armand Colin. 288 pages.
- Charmaz, K. (1983). *The Grounded Theory Method: An Explication and Interpretation*. In R. Emerson (Ed.), *Contemporary field research* (pp. 109-126). Boston, MA: Little, Brown & Co. 433 pages.
- Chavarro, U. (n.d.). *Renaître après l'accident*. Repéré à <http://www.handimarseille.fr/lemagazine/vie-privee/article/renaitre-apres-l-accident>
- Chevalier, J. (1979). *La biographie et son usage en sociologie*. *Revue française de sciences politiques*, 1, 83-101. 18 pages.
- Chevalier, Y. (1989). *Analyse sociologique*. In G. Pineau & G. Jobert (Eds.), *Histoires de vie : Approches multidisciplinaires* (Tome 2, pp. 149-177). Paris, France : Harmattan. 285 pages.
- Citot, V. (2000). *L'amour fusionnel de Serge Chaumier*. *Le philosophe*, 11(1), 245-246. 2 pages.
- Citot, V. (2000). *Les tribulations du couple dans la société contemporaine et l'idée d'un amour libre*. *Le philosophe*, 11(1), 85-119. 34 pages.
- Colmont, H. (2001). *Handicap, inventivité et dépassement*. Paris, France : L'harmattan. 129 pages.
- Communauté urbaine de Yaoundé (CUY). (2010). *Élaboration du plan de déplacement Urbain de la ville de Yaoundé : Rapport Diagnostic*. Document inédit. Yaoundé, Cameroun: CUY.
- Conrad, P. (1987). *The experience of illness: Recent and new directions*. In J. A. Roth & P. Conrad (Eds.), *Research in the sociology of health care: The experience and management of chronic illness* (Vol. 6, pp. 1-32). Greenwich, CT: JAI Press. 321 pages.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1987). *Accompaniments of chronic illness: Changes in body, self, biography, and biographical time*. *Research in the sociology of health care*, 6, 249-281.

- Corbin, J., & Strauss, A. (1992). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. In P. Wood (Ed.), *The chronic illness trajectory framework: The Corbin and Strauss nursing model* (pp. 9-28). New York, NY : Springer. 102 pages.
- Cursan, A. (2014). Impact de l'ostracisme au sein d'un groupe d'individus de même sexe ou de sexe opposé sur les performances à plusieurs tâches stéréotypées selon le genre. Psychologie. Thèse de doctorat en psychologie inédite, Université de Bordeaux.
- Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01169897>. 214 pages.
- Darmon, M. (2016). *La socialisation* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin. 132 pages.
- Décret n° 2001/251 du 13 septembre 2001, instituant le troisième recensement de la population et de l'habitat (3<sup>e</sup> RGPH). (2001).
- Décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales. (2005). Repéré à <http://www.spm.gov.cm/documentation/textes-legislatifs-et-reglementaires/article/decret-n-2005160-du-25-mai-2005-portant-organisation-du-ministere-des-affaires-sociales.html>. 37 pages.
- Décret n° 2014/2217/PM du 24 juillet 2014 portant revalorisation du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG). (2014). Repéré à [http://www.spm.gov.cm/uploads/media/Decret-N\\_2217-PM.pdf](http://www.spm.gov.cm/uploads/media/Decret-N_2217-PM.pdf). 1 page.
- Décret n° 90/1516 du 26 novembre 1990 fixant les modalités d'application de la loi n°83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées. (1990). Repéré à [http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1050&context=glad\\_netcollect](http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1050&context=glad_netcollect). 13 pages.
- Décret n°2001/041 du 19 février 2001 portant organisation des établissements scolaires publics et attributions des responsables de l'administration scolaire. (2001). Repéré à <http://www.spm.gov.cm/documentation/textes-legislatifs-et-reglementaires/article/decret-n-2001041-portant-organisation-des-etablissementsscolaires-publics-et-attributions-des-res.html>. 14 pages.

- Décret n°2009/096 du 16 mars 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Centre national de réhabilitation des personnes handicapées cardinal Paul Émile Leger en abrégé CNHPH. (2009).
- Décret n°90/1516 du 26 novembre 1990 fixant les modalités d'application de la loi n°83-13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées. (2010). 13 pages.
- Delcey, M. (2002). Notion de situation de handicap (moteur) : Les classifications internationales du handicap. Repéré à [http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/classifications\\_internationales\\_hp\\_MD\\_1-18.pdf](http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/classifications_internationales_hp_MD_1-18.pdf). 17 pages.
- Doriguzzi, P. (1994). L'histoire politique du handicap : De l'infirmes au travail handicapé. Paris, France : L'harmattan. 223 pages.
- Douglas, M. (2001). De la souillure : Essai sur les notions de pollutions et de tabou (1<sup>e</sup> éd. 1966). Paris, France : La Découverte. 201 pages.
- Dubar, C. (2010). La crise des identités: L'interprétation d'une mutation (4<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Presses universitaires de France. 256 pages.
- Dupras, A. (2000). Sexualité et handicap : de l'angélisation à la sexualisation de la personne handicapée physique. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 173–189. 17 pages.
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. Repéré à [http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim\\_emile/Socio\\_et\\_philo/ch\\_1\\_representations/representations.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.pdf). 22 pages.
- Durkheim, E. (2013a). Le suicide (14<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Presses universitaires de France. 463 pages.
- Durkheim, E. (2013b). Les règles de la méthode sociologique. Paris, France : Presses universitaires de France. 154 pages.
- Ekouta, I. F. (2017, 5 mai). Axe marché Essos-Terminis Mimboman : la route des mauvaises affaires. *Le Journal du Cameroun.com*. Repéré à <http://www.journalducameroun.com/axe-marcheESSOS-terminus>

- Escriva, E. (2004). Le maintien dans l'emploi un défi de GRH. Tendances : la lettre des études de l'AGEFIPH, 1, 1-4. Repéré à [https://www.agefiph.fr/content/download/.../1131628886\\_tendances\\_numero\\_1.pdf](https://www.agefiph.fr/content/download/.../1131628886_tendances_numero_1.pdf). 4 pages.
- Ezembé, F. (2003). L'enfant africain et ses univers. Paris, France : Karthala. 359 pages.
- Fainzang, S. (1997). Les stratégies paradoxales: Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades. Sciences sociales et santé, 15(3), 5-23. 19 pages.
- Ferenczi, S. (2006). Le traumatisme. Paris, France : Payot. 170 pages.
- Fond-Harmant, L. (1996). Des adultes à l'université: Cadre institutionnel et dimensions biographiques. Paris, France : L'Harmattan. 298 pages.
- Fopa, J. P. (2010). Sensibiliser les personnes handicapées sur l'importance de leurs devoirs civiques. Repéré à <http://www.recim.org/asso/anajehcam.htm>
- Fougeyrollas, P. (2005). Convergences et divergences entre la CIF et le PPH. Repéré à <http://www.gravir.be/IMG/pdf/ConvergencesDivergencesCIF-PPH.pdf>. 12 pages.
- Fougeyrollas, P. (2010). La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap. Laval, Québec : Presses de l'Université Laval. 338 pages.
- Fougeyrollas, P., & Roy, K. (1996). Regard sur la notion de rôles sociaux : Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. Service social, 45(3), 31-5. 5 pages.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). Classification québécoise : Processus de production du handicap. Lac St.-Charles, Québec: RIPPH/SCCIDIH. 166 pages.
- Fougeyrollas-Schwebel, D. (2010). Talcott Parsons : Un héritage controversé. Rôle de sexes, famille et modernité occidentale. In D. Chabaud-Rychter, V. Descoutures, A.-M. Devreux & E. Varikas (Éds.), *Sous les sciences sociales, le genre: Relectures critiques, de Max Weber à Bruno Latour* (pp. 121-134). Paris, France : La Découverte. 512 pages.

- Foungbé, F. A. (2012). Journée de l'enfant africain : Comment défendre les handicapés ? Repéré à <http://www.afrik.com/article25911.html>
- Gardien, E. (2008). L'apprentissage du corps après l'accident, sociologie de la production du corps. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble. 302 pages.
- Gardien, E. (2011). Du changement corporel à une reconfiguration des liens sociaux : la survenue du handicap. In D. Dussy & F. Fourmaux (Eds.), *Aux limites de soi les autres : Enquêtes en sciences sociales* (pp. 66-88). Paris, France : Editions Persée. 200 pages.
- Gardou, C. (2013). *La société inclusive, parlons-en !* Toulouse, France : Eres. 170 pages.
- Giami, A., & Colomby, P. de. (2008). Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution ou en ménage : une analyse secondaire de l'enquête « Handicap, incapacités, dépendance » (HID). *Alter*, 2(2), 109-132. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.02.002>. 24 pages.
- Giraud, F., Raynaud, A., & Saunier, E. (2014). Principes, enjeux et usages de la méthode biographique en sociologie. *Interrogations*, 17. Repéré à <http://www.revueinterrogations.org/Principes-enjeux-et-usages-de-la-methode-biologique-ensociologie>. 10 pages.
- Goffman, E. (1968). *Asiles: Etude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, France : Les Editions de Minuit. 450 pages.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps*. Paris, France : Éditions de Minuit. 176 pages.
- Goody, E. N. (1982). *Parenthood and Reproduction: Fostering and Occupational Roles in West Africa*. Cambridge, England : Cambridge University Press. 348 pages.
- Gottman, J. (1950). De l'organisation de l'espace, considérations de géographie et d'économie. *Revue économique*, 1(1), 60-71. 12 pages.
- Grossetti, M. (2006). L'imprévisibilité dans les parcours sociaux. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120, 5-28. 29 pages.
- Grossetti, M. (2009). Imprévisibilités et irréversibilités: Les composantes des bifurcations. In M. Grossetti, M. Bessin & C. Bidart (Éds.), *Bifurcation: Les sciences sociales*

face aux ruptures et à l'évènement (pp. 147-159). Paris, France : La Découverte.  
400 pages.

Helardot, V. (2006). Parcours professionnels et histoires de santé : Une analyse sous l'angle des bifurcations. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120, 59-83. 25 pages.

Helardot, V. (2009). Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé. *Mouvements*, 58, 21-28. 8 pages.

Hervieu-Leger, D. (1999). *Le pèlerin et le converti: La religion en mouvement*. Paris, France :  
Flammarion. 290 pages.

Herzlich, C., & Pierret, J. (1990). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris, France :  
Payot. 296 pages.

Hirsch, E. (2012). *La maladie entre vie et survie : Les mots de la maladie*. Bruxelles, Belgique  
: De Boeck. 231 pages.

Hughes, E.-C. (1996). *Le regard sociologique : Essais choisis (Textes rassemblés et  
présentés par J-M Chapoulie)*. Paris, France : École des hautes études en sciences  
sociales. 344 pages.

Institut national de la statistique (INS). (2009). *Troisième Enquête Camerounaise auprès des  
Ménages (ECAM3) 2007*. Yaoundé: INS. 187 pages.

Institut national de la statistique (INS). (2010). *Deuxième Enquête sur l'Emploi et le Secteur  
Informel (EESI) : Rapport principal*. Yaoundé: INS. 155 pages.

Institut national de la statistique (INS). (2012). *Annuaire Statistique du MINAS 2011*.  
Yaoundé, Cameroun : INS.

Institut national de la statistique (INS). (2012). *Enquête démographique et de santé et à  
indicateurs multiples (EDS-MICS) 2011*, Yaoundé, Cameroun. Calverton,  
Maryland : ICF International. 576 pages.

Institut national de la statistique (INS). (2014). *Résultats de la quatrième Enquête  
Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM 4) de 2014 : Rapport préliminaire de  
l'ECAM 4*. Repéré à <http://www.statistics-cameroon.org/news.php?id=311>. 8  
pages.

- Isnard, H. (1978). *L'espace géographique*. Paris, France : Presses universitaires de France. 219 pages.
- Jegat, L. (2005). *Perdre un enfant : une sociologie du deuil à travers les trajectoires individuelles et familiales*. Mémoire de master en sécurité sociale, Centre Max Weber de l'Université de Lyon, Lyon, France. 173 pages.
- Joseph, I. (1996). La relation de service et la gestion des urgences psychiatriques. *Les annales de la recherche urbaine*, 73, 108-128. 21 pages.
- Kilbourne, B., & Richardsdon, T. (1989). Paradigm conflict, Types of conversion and conversion théories. *Sociological analysis*, 50, 1-21. 21 pages.
- Knaebel, G. (1991). Le rangement du résidu. *Les Annales de la recherche urbaine*, 53, 23-31. doi:10.3406/aru.1991.1634. 9 pages.
- Lainé, A. (1998). *Faire de sa vie une histoire : Théorie et pratique de l'histoire de vie en formation*. Paris, France : Desclée de Brower. 276 pages.
- Laing, R. D. (1971). *Le soi et les autres*. Paris, France : Gallimard. 236 pages.
- Le Breton, D. (1994). *La sociologie du corps*. Paris, France : Presses universitaires de France. 127 pages.
- Le Breton, D. (2011). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, France : Presses universitaires de France. 263 pages.
- Le Breton, D. (2015). Suicide, travail et sociologie(s). *Travailler*, 33(1), 9-24.
- Le Clainche, C., & Demuinjck, G. (2006). *Handicap et accès à l'emploi : Efficacité et limite de la discrimination positive*. Noisy-Le-Grand, France : Document de travail du Centre d'étude de l'emploi. Repéré à [https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1485&context=glad\\_netcollect](https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1485&context=glad_netcollect).
- Leclerc-Olive M. (2009). Enquêtes biographiques entre bifurcations et évènements : Quelques réflexions épistémologiques. In M. Grossetti, M. Bessin & C. Bidart (Eds.), *Bifurcations : Les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement* (pp. 329-346).

Paris, France : La Découverte. 400 pages.

Leclerc-Olive, M. (1997). *Le dire de l'événement : Biographique*. Villeneuve d'Ascq, France : Presses Universitaires du Septentrion. 260 pages.

Lhuillier, D. (2002). *Placardisés : Des exclus dans l'entreprise*. Paris, France : Seuil. 232 pages.

Lin, N. (1995). Les ressources sociales : Une théorie du capital social. *Revue française de sociologie*, 36(4), 685-704. Doi:10.2307/3322451. 20 pages.

Loi n° 2010/002 du 13 avril 2010, portant protection et promotion des personnes handicapées.

(2010). Repéré à

<http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/7acf2274ca1fc6ef2adde6e175eaf2afe96d8a4c.pdf>. 6 pages.

Loi n° 83-13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées. (1983).

Repéré à

<https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1051&context=gladnetcollect>

. 3 pages.

Loi n°2004/017 du 22 Juillet 2004 portant orientation de la décentralisation, des collectivités

territoriales décentralisées (CTD). (2004). Repéré à

<http://www.cvucucc.com/minat/textes/13.pdf>. 13 pages.

Lorenzi-Cioldi, F. (2009). *Dominants et dominés : Les identités des collections et des agrégats*

(2° éd.). Grenoble, France : Presses Universitaires de Grenoble. 367 pages.

Mbassa Menick, D. (2015). Les représentations sociales et culturelles du handicap de

l'enfant en Afrique noire. *Perspectives Psy*, 54(1), 30-43.

doi:10.1051/ppsy/2015541030. 14 pages.

Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris, France : Presses universitaires de

France. 436 pages.

Merzouk, R. (2008). *Travail, handicap et discrimination : Lorsque le travail devient aussi un*

- espace de production du handicap. *Reflets*, 14(1), 155-181. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/018858ar>. 27 pages.
- Mfoulou Olugu, J. P. (2016). *Mobilité urbaine et politique de transport à Yaoundé. Research Report*, FSEG de l'Université de Yaoundé II-Soa. Repéré à <https://hal.archivesouvertes.fr/hal-01315178/document>. 9 pages.
- Mialet, H. (2014). *A la recherche de Stephen Hawking*. Paris : Odile Jacob. 168 pages.
- Ministère des affaires sociales et de la condition féminine. (1993). Arrêté n°0001 du 15 mars 1993 fixant les modalités l'établissement et de délivrance de la carte nationale d'invalidité sur le territoire de la république du Cameroun. Yaoundé, Cameroun : Ministère des affaires sociales et de la condition féminine. 7 pages.
- Ministère des affaires sociales. (2010). Arrêté n°2010/0011/A/MINAS du 27 août 2010 Portant cahier des charges précisant les conditions et les modalités techniques des compétences transférées par l'État aux communes en matière d'attribution des aides et des secours aux indigents et aux nécessiteux. Yaoundé, Cameroun : Ministère des affaires sociales. 8 pages.
- Ministère du développement urbain et de l'habitat (MINDUH), & Communauté urbaine de Yaoundé (CUY). (2008, aout). *Plan directeur d'urbanisme Yaoundé 2020 : Rapport de présentation*. Yaoundé, Cameroun : MINDUH/CUY. 120 pages.
- Missonnier, S. (2013). *Barbarie et contre-cultures du handicap*. In R. Scelles, A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier & R. Salbreux (Eds.), *Famille, culture et handicap* (pp. 7-16). Toulouse, France : Erès. doi:10.3917/eres.scell.2013.02.0007. 230 pages.
- Mossière, G. (2007). *La conversion religieuse: Approches épistémologiques et polysémique d'un concept*. Montréal, Québec: Groupe de recherche Diversité urbaine (GRDU), Centre d'études ethniques des universités montréalaises. Repéré à [http://www.grdu.umontreal.ca/documents/wp\\_mossiere1\\_grdu.pdf](http://www.grdu.umontreal.ca/documents/wp_mossiere1_grdu.pdf). 36 pages.
- Murphy, R. F. (1990). *Vivre à corps perdu : Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*. Paris, France : Plon. 374 pages.
- Ndzana, A. P., Etoundi Tsala, L. F., & Ongolo Zogo, V. (2012). *La mise en œuvre du plan de déplacements urbains de Yaoundé : enjeux, contraintes et méthodes*.

Communication présentée à la Conférence CODATU XV sur Le rôle de la Mobilité Urbaine pour (re)modeller les villes, du 22-25 Octobre 2012, Addis Abeba (Ethiopie). Repéré à <http://www.codatu.org/wp-content/uploads/A.-Ndzana-L.-Etoundi-Tsala-V.-OongoloZogo-ARTICLE-Codatu-XV-2012-FR.pdf>. 22 pages.

Negrone, C. (2005). La conversion professionnelle volontaire : D'une bifurcation professionnelle à une bifurcation biographique. Cahiers internationaux de sociologie, 119, 311-331. 21 pages.

Nies, F. (2009). Se plaindre de Dieu avec Job. Etudes, 411(10), 353-364. 12 pages.

Nuss, M. (2014a). Conjointes valides et partenaires handicaps, et sexualité. In M. Nuss (Ed.), Handicaps et sexualités (chap. 5). Paris, France : Dunod. 272 pages.

Nuss, M. (Ed.). (2014b). Handicaps et sexualités. Paris, France : Dunod. 272 pages.

Olivier de Sardan, J.-P. (2008). La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-La-Neuve, Belgique : BruylantAcademia. 365 pages.

Organisation des Nations Unies (ONU). (1945). Charte des Nations Unies. Repéré à [http://www.unesco.org/education/pdf/CHART\\_F.pdf](http://www.unesco.org/education/pdf/CHART_F.pdf). 28 pages.

Organisation des Nations Unies (ONU). (1948). Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Repéré à [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/frn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf). 8 pages.

Organisation des Nations Unies (ONU). (1994, 4 mars). Résolution de l'Assemblée générale n°48/96 fixant les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés. Repéré à [http://www.un.org/french/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/48/96&Lang=F](http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/96&Lang=F). 26 pages.

Organisation des Nations Unies (ONU). (2006). Convention relatives aux droits des personnes handicapées. New York, NY : ONU. Repéré à <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>. 32 pages.

- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). (s.d.). Niveau d'éducation atteint par la population âgée de plus de 25 ans et plus. Repéré à <http://uis.unesco.org/fr/node/334615>
- Organisation mondiale de la santé (OMS), & Banque mondiale. (2012). Rapport mondial sur le handicap 2011. Genève, Suisse : OMS. Repéré à [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/fr/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/). 384 pages.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1980). Classification internationale des handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantage. Genève, Suisse : OMS. 273 pages.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Genève, Suisse : OMS. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf). 309 pages.
- Otou-Essono, A. P. C. (2013). Accident de la route cause de handicap et frein au développement. Repéré à [http://congres2013.fatoafrique.org/IMG/pdf/otou\\_essono\\_achille\\_ppt\\_fr\\_1\\_290913.pdf](http://congres2013.fatoafrique.org/IMG/pdf/otou_essono_achille_ppt_fr_1_290913.pdf)
- Paillet, P., & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin. 424 pages.
- Parsons T. (1951). The social system. London, England: Routledge and kegan Paul. 575 pages.
- Peneff, J. (1990). La Méthode biographique. Paris, France : Armand Colin. 144 pages.
- Peneff, J. (1994). Les grandes tendances de l'usage des biographies dans la sociologie française. Polix, 7(27), 25-31. 7 pages.
- Penrad, J.-C. (1998). Yasin alias philbert, fils de Jean-Désiré: Du Shaba à Zanzibar : itinéraire et horizons d'une conversion à l'islam. Journal des africanistes, 68, 143-154. 12 pages.
- Perrigot, M., Arnaud, A., N'Guyen Kim, H., Pradat-Drehl, P., & Robain, G. (1994). Handicap et vie de couple. In P. Codine (Ed.), La réinsertion socioprofessionnelle des personnes handicapées (pp. 137-144). Paris, France: Masson. 8 pages

- Peterson, Y. (1979). The impact of physical disability on marital adjustment: a littérature review. *The family coordinator*, 28(1), 47-51. Doi : 10.2307/583267. 5 pages.
- Picard, D. (2008). Quête identitaire et conflits interpersonnels. *Connexions*, 89(1), 75-90. doi:doi:10.3917/cnx.089.0075. 16 pages.
- Pierret, J. (1997). Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : La situation de séropositivité au VIH ? *Sciences sociales et sante*, 15(4), 97-120. 124 pages.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1989). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Paris, France : Mardaga. 235 pages.
- Programme intégré pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le handicap (PIAP). (2013). *Connaitre les textes pour mieux défendre nos droits : Recueil commenté des textes relatifs aux droits des personnes vivant avec un handicap au Cameroun*. Document inédit. Ngaoundéré : PIAP.
- Rabischong, P. (2008). *Le handicap*. Paris, France : Presses universitaires de France. 128 pages.
- Ravaud, J.-F. (1999). Modèle individuel, modèle social : La question du sujet. *Handicaprevue des sciences humaines et sociales*, 81, 64-75. 12 pages.
- Ravaud, J.-F., & Lofaso, F. (2005). *Handicap et environnement : De l'adaptation du logement à l'accessibilité de la cité*. Paris, France : Frison Roche. 270 pages.
- Raveneau, G. (2011). *Suer : Traitement matériels et symboliques de la transpiration*. *Ethnologie française*, 41(1), 49-57. doi:10.3917/ethn.111.0049. 9 pages.
- Renault, E. (2016). La reconnaissance au cœur du social. In C. Halpern, & J.-C. RuanoBorbalan (Éds.), *Identité(s): L'individu, le groupe, la société*. Auxerre, France : Editions Sciences humaines. 391 pages.
- Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH). (1998). *Affiche du processus de production du handicap*. Repéré à <http://ripph.qc.ca/fr/mdhpph/comment-utiliser-mdh-pph/affiche-du-processus-production-du-handicap-1998>

- Rodriguez, L. F. (2017, mai). Pourquoi l'accès à l'emploi des personnes handicapées reste difficile. Europe 1. Repéré à <http://www.europe1.fr/societe/pourquoi-laces-a-lemploides-personnes-handicapees-reste-difficile-3326924>
- Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. New York, NY: Vintage books. 368 pages.
- Salane, F. (2012). Parcours scolaires singuliers et conversion identitaire: L'exemple des étudiants en prison. *Cahiers de la recherche sur l'éducation et le savoir*, 11, 189-208. Repéré à <http://cres.revues.org/2254>. 20 pages.
- Salbreux, R. (2013). La coconstruction du diagnostic et de la représentation du handicap suivant les cultures. In R. Scelles (Ed.), *Famille, culture et handicap* (pp. 87-108). Paris, France : Erès. 230 pages.
- Scelles, R. (1997). *Fratrie et handicap : L'influence du handicap d'une personne sur ses frères et soeurs*. Paris, France : L'Harmattan. 240 pages.
- Segalen, M., & Martial, A. (2013). *Sociologie de la famille*. Paris, France : Armand Colin. 290 pages.
- Shakespeare, T, (1999). Je n'ai jamais vu ça dans le Kama-sutra : Histoires sexuelles de personnes handicapées. *Handicap*, 83, 97-110. 14 pages.
- Stiker, H.-J. (2013). *Corps infirme et société*. Paris, France : Dunod. 330 pages.
- Stiker, H-J. (2017). *La condition handicapée collection*. Grenoble, France : Presses universitaire de Grenoble. 210 pages.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme (textes réunis par I. Baszanger)*. Paris, France: L'Harmattan. 311 pages.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1982). The work of hospitalized patients. *Social Science and Medicine*, 16, 977-86.
- Terra, J.-L., & Pacaut-Troncin, M. (2008). Crise suicidaire, tentatives de suicide et décès par suicide : Convergences et spécialités. *Perspectives psy*, 47(4), 321-329. 9 pages.
- Tiatse Nkue, C. (Ed.). (s.d.). *Médias et handicap : Améliorer la façon de présenter le handicap, un nouveau défi pour les media*. Repéré à

studylibfr.com/doc/2386679/regardcroise-sur-le-handicap-et-les-mass-media. 88  
pages.

- Tonda, J. (2007). Le sida, maladie de Dieu, du diable et de la sorcellerie: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 25(4), 35-48. 14 pages.
- Uribe, G. (2009). Les transformations du Christianisme en Amérique latine: Des origines à nos jours. Paris, France : Karthala. 204 pages.
- Vergote, A. de. (1995). Religion, pathologie, guérison. *Revue théologique de Louvain*, 26(1), 3-30. doi : 10.3406/thlou.1995.2739. 28 pages.
- Veysset, B. (1989). Dépendance et vieillissement. Paris, France : L'Harmattan. (collaboration avec J-P. Deremble). 171 pages.
- Vinsonneau, G. (2016). Socialisation et identité. In J.-C. Ruano-Borbalan, & C. Halpern, (Eds.), *Identité(s): L'individu, le groupe, la société* (chap. 2). Paris, France : Editions Sciences humaines. 391 pages
- Von Mises, L. (2003). La bureaucratie. Paris : Institut Charles Coquelin. 139 pages.
- Wahl, B. (1992). Parents à part entière... par-delà ses différences. In C. Gardou (Ed.), *Handicaps, handicapés, le regard interrogé* (pp. 133-144). Toulouse, France : Érès. 266 pages.
- Wéthé, J., Radoux, M., & Tanawa, E. (2003). Assainissement des eaux usées et risques environnementaux en zones d'habitat planifié de Yaoundé-Cameroun. *Vertogo*, 4(1), 1-12. 12 pages.
- Zinschitz, E. (2007). L'annonce d'un handicap : Le début d'une histoire : « Pour que le blé puisse croître il faut d'abord cultiver le champ ». *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 6(2), 82-93. doi:10.3917/acp.006.0082. 12 pages.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>DÉDICACE</b> .....	<b>ii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>vi</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>5</b>
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE .....	5
1.2. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	7
1.2.1. Observation et constat .....	7
1.2.2. Les aspects théoriques .....	12
1.2.3. Formulation et position du problème de l'étude .....	14
1.3. Question générale de recherche .....	17
1.3.1. Questions spécifiques de recherche .....	17
1.4. Objectifs de l'étude .....	17
1.5. Délimitation de l'étude .....	20
1.5.1. Délimitation chronologique.....	20
1.5.2. Délimitation géographique .....	20
1.5.3. Délimitation thématique .....	21
<b>CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE</b> .....	<b>22</b>
2.1. La marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur .....	22
2.2. Définition de la marginalisation.....	22
2.3. Les facteurs de marginalisation .....	23
2.3.1. La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap.....	23
2.3.2. Manque d'accessibilité physique .....	24
2.3.3. Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap. ....	24
2.4. Personne vivant avec un handicap .....	26
2.4.1. Origine de la notion du handicap et son évolution. ....	26
2.4.2. Définition du handicap du point de vue médical. ....	29
2.4.3. Le handicap du point de vue environnemental.....	30
2.4.4. La spécificité du handicap moteur : Paraplégie et diplégie.....	30
2.5. DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE. ....	31
2.5.1. Évolution du développement communautaire.....	32

2.5.2. Les caractéristiques du développement communautaire.....	33
2.5.1. Le développement communautaire et les personnes vivant avec un handicap ..	35
<b>CHAPITRE 3 : L'APPROCHE THÉORIQUE. ....</b>	<b>38</b>
3.1. LA THÉORIE DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP .....	38
3.1.1. L'environnement physique comme producteur d'obstacles : l'espace public. ....	41
3.1.2. Le taxi : prix prohibitif et absence de civilité de la part des chauffeurs .....	43
3.1. Le processus de production de handicap et le modèle social.....	44
3.1.1. Origine, postulat du modèle social.....	45
<b>3.1.1.1. Les relations familiales : inhibitrices et facilitatrices de l'activité scolaire.</b>	<b>47</b>
3.1.2. Le langage : producteur de handicap lors de l'interaction sociale.....	47
3.2. LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP ET LE MODELE DE L'EMPOWERMENT. ....	48
3.2.1. Définition et les différentes dimensions de l'empowerment.....	48
3.2.2. L'empowerment communautaire. ....	50
3.2.3. La raison d'être du concept d'empowerment auprès des personnes en situation de handicap. ....	51
<b>DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>52</b>
<b>CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>53</b>
4.1. LES TYPES DE RECHERCHE .....	53
4.2. RAPPEL DES HYPOTHÈSES ET LEURS VARIABLES.....	53
4.2.1. Hypothèse générale et ses variables.....	53
4.2.2. Les modalités des variables. ....	54
4.2.3. Plan factoriel .....	55
4.2.4. Hypothèse de recherche .....	56
4.2. PRÉSENTATION DU SITE DE RECHERCHE. ....	58
4.3. POPULATION D'ÉTUDE. ....	60
4.4. ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON .....	61
4.5. TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNÉES .....	62
4.5.1. Procédé de choix des sujets : critères de choix et nombre de sujets.....	62
4.5.2. Le questionnaire.....	64
4.5.3. La pré-enquête.....	64
4.5.4. L'enquête finale .....	65
4.6. TECHNIQUE D'ANALYSE DES DONNÉES.....	66
4.6.1. Analyse statistique : le test du Khi-carré .....	66
<b>CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....</b>	<b>68</b>
5.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RÉSULTATS .....	68
5.1.1. Identification des participants .....	68
<b>5.1.1.1. Répartition de l'échantillon en fonction du sexe.....</b>	<b>68</b>

5.1.1.2.	Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge.....	69
5.1.1.3.	Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial.....	69
5.1.1.4.	Répartition de l'échantillon en fonction du statut socioprofessionnel.....	70
5.1.1.5.	Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction .....	70
5.1.2.	Situation antérieure au handicap.....	71
5.1.2.1.	Répartition de l'échantillon en fonction de l'implication dans les activités 71	
5.1.2.2.	Répartition de l'échantillon en fonction de l'item n°7. ....	72
5.1.2.3.	Répartition de l'échantillon en fonction du manque d'accessibilité .....	72
5.1.2.4.	Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 9. ....	73
5.1.2.5.	Répartition de l'échantillon en fonction du poste de responsabilité dans la communauté. ....	74
5.1.3.	Stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite la participation au développement communautaire. ....	74
5.1.3.1.	Répartition de l'échantillon en fonction des préjugés.....	74
5.1.3.2.	Répartition de l'échantillon en fonction des comportements discriminatoires.....	75
5.1.3.3.	Répartition de l'échantillon en fonction de l'isolement social.....	76
5.1.3.4.	Répartition de l'échantillon en fonction d'inclusion sociale.....	76
5.1.3.5.	Répartition de l'échantillon en fonction rôle de l'éducation. ....	77
5.1.4.	Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire. ....	78
5.1.4.1.	Répartition de l'échantillon en fonction de la constatation des faits positifs. 78	
5.1.4.2.	Répartition de l'échantillon en fonction des outils d'appui.....	79
5.1.5.2.	Répartition de l'échantillon en fonction du recrutement dans les entreprises.....	82
5.1.5.3.	Répartition de l'échantillon en fonction des employeurs.....	83
5.1.5.4.	Répartition de l'échantillon en fonction des discriminations .....	83
5.1.6.	Participation au développement communautaire. ....	85
5.1.6.1.	Répartition de l'échantillon en fonction des activités.....	85
5.1.6.2.	Répartition de l'échantillon en fonction de la communication des organisations communautaires. ....	85
5.1.6.5.	Répartition de l'échantillon en fonction de l'item 30. ....	87
5.2.	ANALYSE DIFFÉRENTIELLE DES RÉSULTATS .....	88
5.2.1.	Vérification des hypothèses.....	89
5.2.1.3.	Hypothèse N°3 .....	94

<b>CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET PLAN D’ACTION ET SUIVI-EVALUATION .....</b>	<b>98</b>
6.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....	98
6.1.1. Hypothèse de recherche 1 HR1 .....	98
6.1.2. Hypothèse de recherche 2 HR2 .....	100
6.1.3. Hypothèse de recherche 3 HR3 .....	102
6.2. SUGGESTIONS AUX AUTORITÉS EN CHARGE POUR LA PARTICIPATION DES PERSONNES vivant avec un HANDICAP AU DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE.....	103
6.3. PLAN D’ACTION ET SUIVI-EVALUATION .....	104
6.3.1. Objectifs du plan d’action : .....	105
□ Participation et engagement communautaire.....	105
Méthodologie du plan d’action .....	106
6.3.2. Résultats attendus.....	106
6.3.3. Suivi-évaluation .....	106
6.3.4. INFORMATIONS SPECIFIQUES SUR LE PLAN FINANCIER.....	108
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>109</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>111</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>128</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>132</b>
<b>QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE .....</b>	<b>132</b>

# ANNEXES

## QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

En vue de l'autonomisation des personnes en situation de handicap et pour qu'elles soient impliquées dans les activités de votre communauté, nous faisons une recherche portant sur : «**Marginalisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I et participation au développement communautaire** ». Pour cette raison, nous vous prions de bien vouloir répondre très sincèrement aux questions qui vous sont posées. Nous vous garantissons l'anonymat de vos réponses qui seront exclusivement utilisées à des fins de recherche.

**NB : veuillez lire attentivement et mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à votre opinion ou en complétant les lignes.**

### 1. Identification de l'enquêté(e)

Q1. **Sexe** : 1) Masculin 2) Féminin

Q2. **Age** : 1) 15-19 ans 2) 20-24 ans 3) 25- 29 ans 4) 30-34 ans 5) 35 ans et plus

Q3. **Statut matrimonial** : 1) Marié(e) 2) Célibataire  
Autres.....

Q4. **Statut socio-professionnel** : 1) Salarié(e) 2) Non salarié(e)

Q5. **Niveau d'études** : 1) Primaire 2) Secondaire 3) Supérieur 4) Dernier diplôme obtenu .....

### 2. Situation antérieure au handicap

Veuillez mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à votre point de vue.

**Légende** : 1= pas du tout vrai ; 2= pas vrai ; 3=ni vrai/ni faux ; 4= vrai ; 5= très vrai

Avant l'avènement de votre situation de handicap,

N°		1	2	3	4	5
Q6	Avant votre handicap, étiez-vous impliqué dans des activités de votre communauté (ramassage des ordures, clubs sportifs, journées culturelles)?					
Q7	Aviez-vous des amis ou des membres de votre famille avec qui vous participiez à des activités communautaires?					
Q8	Avez-vous des difficultés à participer à des activités communautaires en raison d'un manque d'accessibilité communauté ?					
Q9	Votre avis était-il pris en compte au sein de votre communauté ?					
Q10	Aviez-vous un poste de responsabilité dans votre communauté ?					

## 2. La stigmatisation des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limite leur participation au développement communautaire

Veillez mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à votre point de vue

**Légende :** 1= pas du tout vrai ; 2= pas vrai ; 3=ni vrai/ni faux ; 4= vrai ; 5= très vrai

Avec la situation de handicap

N°		1	2	3	4	5
Q11	Pensez-vous que les préjugés envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'affectent pas le participation au développement communautaire?					
Q12	Croyez-vous que les comportements discriminatoires envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'entravent pas le participation au développement communautaire?					
Q13	Avez-vous des propositions pour lutter contre <b>l'isolement social</b> les personnes en situation de handicap ?					
Q14	Avez-vous des exemples d'expériences positives ou négatives en matière d'inclusion éducative ?					
Q15						

Pensez-vous que le manque de représentation envers les personnes vivant avec un handicap moteur n'affecte pas la participation au développement communautaire?					
--	--	--	--	--	--

**4. Les difficultés d'accessibilités physiques des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.**

Veillez mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à votre point de vue.

**Légende :** 1= pas du tout vrai ; 2= pas vrai ; 3=ni vrai/ni faux ; 4= vrai ; 5= très vrai

Avec l'avènement de votre situation de handicap.

N°		1	2	3	4	5
Q16	Avez-vous constaté des faits positifs pour améliorer l'accessibilité des infrastructures publiques dans votre communauté ?					
Q17	Avez-vous un outil d'appui (béquille, fauteuil roulant) à votre disposition pour participer aux activités de votre communauté ?					
Q18	Avez-vous des facilités à emprunter les transports en commun?					
Q19	Avez-vous des difficultés en raison de votre handicap moteur à accéder aux bâtiments publics ?					
Q20	Avez-vous connaissance des projets sur des aménagements spécifiques qui favorisent la participation active des personnes en situation de handicap ?					

**5. Les barrières aux emplois des personnes vivant avec un handicap moteur à Yaoundé I limitent leur participation au développement communautaire.**

Veillez mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à votre point de vue.

**Légende :** 1= pas du tout vrai ; 2= pas vrai ; 3=ni vrai/ni faux ; 4= vrai ; 5= très vrai

Avec l'avènement de la situation de handicap,

N°		1	2	3	4	5
Q21	Est-ce que certaines personnes ont des difficultés à trouver un travail à cause de leur handicap ?					
Q22	Est-ce que vous connaissez les entreprises qui embauchent les personnes en situation de handicap ?					
Q23	Est-ce que vous pensez que les employeurs doivent être encouragés à embaucher des personnes en situation de handicap ?					
Q24	Avez-vous déjà été confronté à des discriminations en tant que personne en situation de handicap lors d'une recherche d'emploi ?					
Q25	Est-ce que les personnes en situation de handicap ont les mêmes chances que les autres pour trouver un emploi ?					

## 6. Participation au développement communautaire

Veillez mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à votre point de vue.

**Légende :** 1= pas du tout vrai ; 2= pas vrai ; 3=ni vrai/ni faux ; 4= vrai ; 5= très vrai

N°		1	2	3	4	5
Q26	Avez-vous des idées sur les activités auxquelles les personnes en situation handicap peuvent participer pour aider leur communauté ?					
Q27	Est-ce que la communication des organisations communautaires est claire pour aider les personnes en situation handicap ?					
Q28	Avez-vous des difficultés à participer à l'amélioration de votre communauté ?					
Q29	Avez-vous des propositions sur la manière d'améliorer l'accessibilité des bâtiments, des transports et des routes pour les personnes en situation de handicap dans votre communauté ?					
Q30	Les personnes en situation handicap sont-elles consultées lors de la mise en œuvre des projets communautaires ?					

Merci de votre contribution