

Stratégies de subsistance des personnes atteintes de déficiences motrices en République de Guinée

Vitaly Tchirkov, Dominique Keller and Serge Ambassa

Volume 19, Number 2, October 2011

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1086903ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1086903ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (print)

2562-6574 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tchirkov, V., Keller, D. & Ambassa, S. (2011). Stratégies de subsistance des personnes atteintes de déficiences motrices en République de Guinée. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 19(2), 97–107. <https://doi.org/10.7202/1086903ar>

Article abstract

Solving the problems related to the people with disabilities represents one of the major challenges of the western countries. Nowadays, the handicap is not dealt as an individual problem but concerns the whole society and its environment. Contrary to the richer countries, in the developing countries, like the Republic of Guinea, the majority of the people with disabilities are extremely poor and neglected. In this context, they adopt various strategies in order to fulfill their needs. In our work that was carried out in Conakry during 2008, we studied a group of individuals with disabilities, induced by the infirmity of the lower members. Subsequently, we established three profiles corresponding to three different subsistence strategies. Then we analyzed how different factors influence the persons to prefer one strategy over the other, as well as the consequences of their choice on their social participation and integration.

Stratégies de subsistance des personnes atteintes de déficiences motrices en République de Guinée

VITALY TCHIRKOV, DOMINIQUE KELLER ET SERGE AMBASSA

Équipe de recherche en sciences du sport (EA 1342), Faculté des Sciences du Sport,
Université de Strasbourg, France

Article hors thème • Open Topic Article

Résumé

Les problématiques liées au handicap constituent l'un des plus importants défis des sociétés occidentales. Il y est désormais admis que le handicap ne se situe plus à l'échelle individuelle, mais concerne l'ensemble de la société ainsi que son environnement. Contrairement aux pays riches, dans certains pays en voie de développement, tels que la République de Guinée, la majorité des personnes en situation de handicap est démunie et délaissée. Dans ce contexte, elles adoptent diverses stratégies afin de subvenir à leurs besoins. Dans l'étude, menée à Conakry au cours de l'année 2008, nous nous sommes intéressés aux personnes ayant une déficience motrice des membres inférieurs et nous avons établi trois profils de personnes, correspondant chacun à une stratégie de subsistance spécifique. Nous avons analysé les facteurs qui orientent ces personnes à choisir l'une d'entre elles plutôt qu'une autre, de même que les conséquences de ce choix sur leur participation et leur intégration sociales.

Mots-clés : personnes ayant une déficience des membres inférieurs, stratégies de subsistance, République de Guinée

Abstract

Solving the problems related to the people with disabilities represents one of the major challenges of the western countries. Nowadays, the handicap is not dealt as an individual problem but concerns the whole society and its environment. Contrary to the richer countries, in the developing countries, like the Republic of Guinea, the majority of the people with disabilities are extremely poor and neglected. In this context, they adopt various strategies in order to fulfill their needs. In our work that was carried out in Conakry during 2008, we studied a group of individuals with disabilities, induced by the infirmity of the lower members. Subsequently, we established three profiles corresponding to three different subsistence strategies. Then we analyzed how different factors influence the persons to prefer one strategy over the other, as well as the consequences of their choice on their social participation and integration.

Keywords : people with disabilities of the lower members, subsistence strategy, Republic of Guinea

Introduction

L'égali-té des chances, l'accessibilité des lieux publics, ainsi que le droit de jouir pleinement de sa vie sont désormais des postulats qui préoccupent les hommes politiques occidentaux en matière de handicap. La loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005 en France¹, en est l'exemple. Celle-ci accentue une fois de plus la tendance à faire disparaître sur le plan social et environnemental les obstacles qui « produisent » ou « amplifient » le handicap, et insiste sur l'égalité des chances de tous les citoyens. On peut concevoir ainsi que la place et le statut des personnes en situation de handicap reflètent la richesse économique de ces pays, de même, on peut envisager que leur qualité de vie sert de baromètre de réussite au niveau des réformes sociales. Toutefois, selon Emmanuelli (1999), « Toutes les sociétés fabriquent leurs exclus, la différence réside dans le sort qui leur est réservé ».

En effet, contrairement aux pays occidentaux où cette thématique constitue l'une des priorités nationales et où les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier d'une prise en charge sur tous les plans, en République de Guinée, ces dernières sont majoritairement laissées à leur propre sort et constituent la tranche de la société la plus démunie et défavorisée. Par conséquent, les formations, les soins médicaux et l'emploi sont inadaptés, voire inaccessibles pour leur grande majorité. Pour la plupart, leurs seules occupations et sources de revenu se limitent à l'errance et à la mendicité (Barry, 1998).

Les données dont dispose actuellement la Guinée sur ce phénomène sont insuffisantes et datent principalement du dernier recensement général de la population et de l'habitation de 1996 (Département des archives du Ministère guinéen des Affaires Sociales, 1996). De plus,

dans un contexte d'importante crise socioéconomique que traverse ce pays, les conditions de vie des personnes en situation de handicap se sont significativement détériorées ces dernières années (Programme des Nations Unies pour le Développement, 2007). C'est dans ce contexte que nous avons décidé d'entreprendre une analyse des comportements socioéconomiques des adultes ayant des incapacités motrices touchant les membres inférieurs résidant à Conakry, capitale de la Guinée. Notre choix d'étudier ce type de population se justifie par sa prédominance en Guinée et particulièrement à Conakry (Diallo, 2002).

Quelle définition du handicap pour les pays en voie de développement ?

De par sa complexité et les controverses qui la caractérisent, la notion de handicap représente un phénomène pluriel. Les difficultés à définir le terme « handicap » résident à la fois dans sa variation spatio-temporelle, son caractère situationnel, ou encore son champ de réflexion et d'application (médical, social, politique, etc.) (Fougeyrollas, 1993).

De nos jours, il est communément admis que le handicap ne se réduit plus à la déficience et aux incapacités individuelles qui en résultent, mais s'articule dans un ensemble plus large, constitué par de multiples facteurs socioenvironnementaux. Nous proposons ici la définition élaborée par des personnes en situation de handicap, citée par Delcey (2002) : « Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration ».

Néanmoins, la définition accordée au handicap devrait prendre en compte les réalités de la société dans laquelle elle s'inscrit. En effet, est-il possible d'envisager une définition universelle, niant ainsi les différences entre les pays telles que les écarts socioéconomiques qui persistent entre les pays développés et ceux en voie de développement ?

¹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Accessible à : www.education.gouv.fr



En Occident, les personnes en situation de handicap bénéficient d'une prise en charge économique visant à assurer leurs besoins de subsistance. De plus, les politiques publiques tendent à faire disparaître les obstacles sociaux et environnementaux, en rendant par exemple les bâtiments publics accessibles, la scolarité obligatoire et en mettant en place des quotas d'embauche. Au-delà de ces importantes avancées socioéconomiques, les sociétés occidentales s'attachent désormais à l'épanouissement de ces publics en leur proposant des offres culturelles, sportives et touristiques². D'une simple prise en charge de la personne, les sociétés occidentales sont passées à une volonté de prise en compte globale de l'individu en lui accordant une reconnaissance et en visant son bien-être.

À l'inverse, dans les pays en voie de développement, tels que la République de Guinée, la prise en charge des personnes en situation de handicap est minime et lorsqu'elle existe, les résultats sont peu probants (Sidibé, 2000). Par ailleurs, le handicap n'est pas reconnu, ni accepté socialement, et il est souvent renvoyé à la responsabilité individuelle (Poizat, 2007). En effet, dans nombre de pays d'Afrique de l'Ouest, le handicap est encore associé à certaines croyances maléfiques, par exemples la superstition et la sorcellerie (Heraud, 2005). Il est donc perçu comme une fatalité, c'est alors à l'individu de l'assumer. Dans de telles conditions et en l'absence de soutien, les personnes se voient dans l'obligation d'adopter ce que nous appellerons ici des « stratégies de subsistance », définies comme l'ensemble de moyens mis en œuvre par les individus afin de subvenir à leurs besoins élémentaires, notamment se nourrir, se vêtir et se loger.

L'analyse de la littérature (Barry, 1988; Oularé, 1989; Sidibé, 2000; Diallo, 2002), ainsi que les notes d'observations réalisées en amont de l'enquête, suggèrent que les personnes porteuses d'une déficience des membres inférieurs résidant à Conakry utilisent, pour subvenir à leurs besoins, principalement les trois

stratégies suivantes : la pratique de la mendicité, l'occupation d'un emploi et la prise en charge familiale. Notre hypothèse consiste à vérifier le choix d'utilisation de ces stratégies et de voir comment ce dernier est influencé d'une part, par les facteurs personnels ou biomédicaux, tels que le sexe, l'âge, la cause et l'ancienneté de la déficience et le niveau d'atteinte anatomique et, d'autre part, par les facteurs environnementaux de dimension sociodémographique, tels que le lieu de naissance, le niveau d'études, la situation familiale, l'engagement associatif et les moyens orthopédiques de compensation. De plus, nous pensons que le choix de chacune de ces stratégies détermine le niveau d'autonomie et de participation sociale des personnes concernées.

Méthodologie de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée en janvier 2008 et elle a concerné un total de 148 hommes et 62 femmes ayant des déficiences touchant les membres inférieurs, âgés de 20 à 68 ans, de nationalité guinéenne et résidant à Conakry (cf. tableau).

Avant le lancement du questionnaire, une demi-journée a été consacrée à la formation des onze enquêteurs réquisitionnés au sein du Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance de Guinée. Ces derniers ont reçu la consigne d'interroger de façon aléatoire toutes les personnes correspondant à notre échantillon qu'ils rencontraient dans les rues de Conakry et qui acceptaient de participer à l'enquête, et ce, en veillant à ce qu'aucune ne se fasse interroger à plusieurs reprises. Par ailleurs, cinq équipes d'enquêteurs ont été mises en place afin de couvrir simultanément les cinq sous-préfectures ou « communes » que recouvre la ville de Conakry. Le taux de répartition des personnes interviewées était d'environ 20% dans chacune d'entre elles. Le délai imparti à chaque équipe a été fixé à une semaine.

On constate que le nombre (210 questionnaires retenus), de même que la diversité (catégories d'âge, de sexe, de religion, d'appartenance socioprofessionnelle, etc.) des person-

² On constate par exemple en France l'explosion de formations spécialisées dans le tourisme, l'encadrement et le sport adaptés.

TABLEAU : DISTRIBUTION DE LA POPULATION INTERROGÉE SELON L'ÂGE ET LE SEXE

	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 49 ans	50 ans et +	Total
Hommes	53	52	26	17	148
Femmes	29	17	6	10	62
Total	82	69	32	27	210

nes interrogées accréditent la représentativité de notre échantillon au regard de l'ensemble du public ayant des déficiences motrices touchant les membres inférieurs, résidant à Conakry.

Étant donné que notre recherche concernait plusieurs dimensions biomédicales liées à la déficience motrice, un accord à mener celle-ci a été nécessaire. Le protocole de l'enquête a donc été présenté au comité national d'éthique pour la recherche en santé de Guinée, qui l'a approuvé. Le consentement libre et éclairé a été respecté durant tout l'entretien avec les participants à l'étude. L'anonymat et la confidentialité, ainsi que le respect de la culture locale et de la personnalité des personnes impliquées, ont été assurés.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Spad 5.5. Le taux de significativité p égale à 5% a été retenu. Ainsi, lorsque la valeur-test était supérieure à « 2 » en valeur absolue, la différence était jugée comme significative (Lebart, Morineau & Piron, 1995).

Choix de stratégies de subsistance et profils socioéconomiques des personnes ayant des déficiences motrices touchant les membres inférieurs

Notre hypothèse se confirme, car plus de la moitié de personnes interrogées (65%) subsistent uniquement grâce à la mendicité, 18% bénéficient de l'aide familiale et 16% vivent grâce à l'emploi (cf. figure 1).

FIGURE 1 : RÉPARTITION DES PERSONNES SELON LES STRATÉGIES DE SUBSISTANCE (EN %)

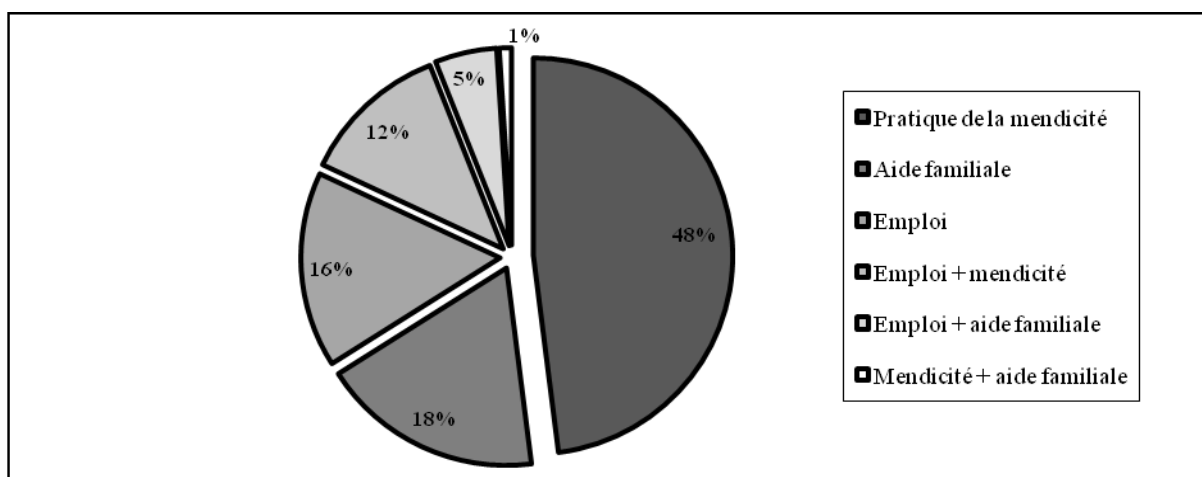
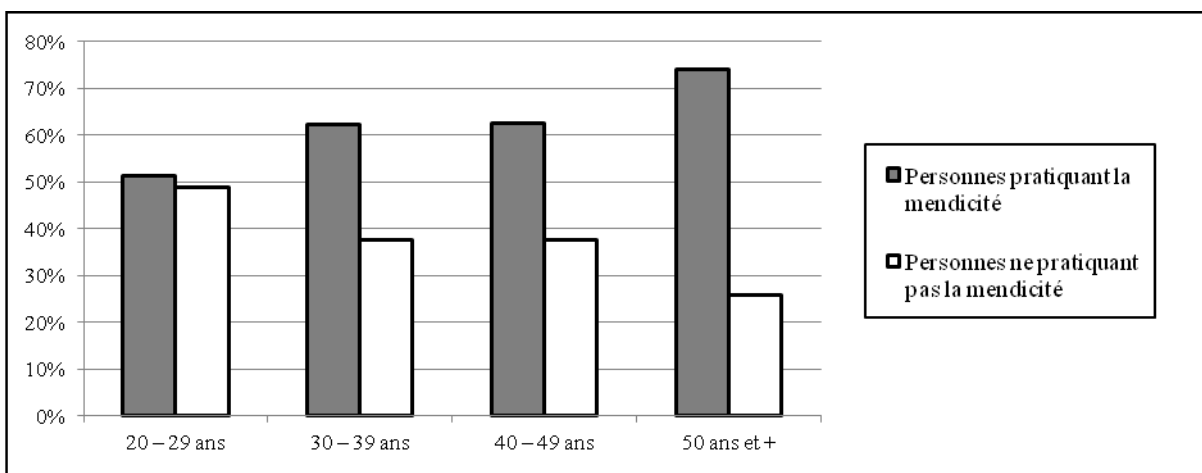


FIGURE 2 : PRATIQUE DE LA MENDICITÉ EN FONCTION DES CATÉGORIES D'ÂGE (EN %)



De plus, une nouvelle tendance, « mixte », est ressortie, car près de 12% des personnes interrogées conjuguent à la fois la mendicité et le travail, 5% le travail et l'aide familiale, moins de 1%, ce qui représente deux cas isolés, l'aide familiale et la pratique de la mendicité.

Subsistance à travers la mendicité

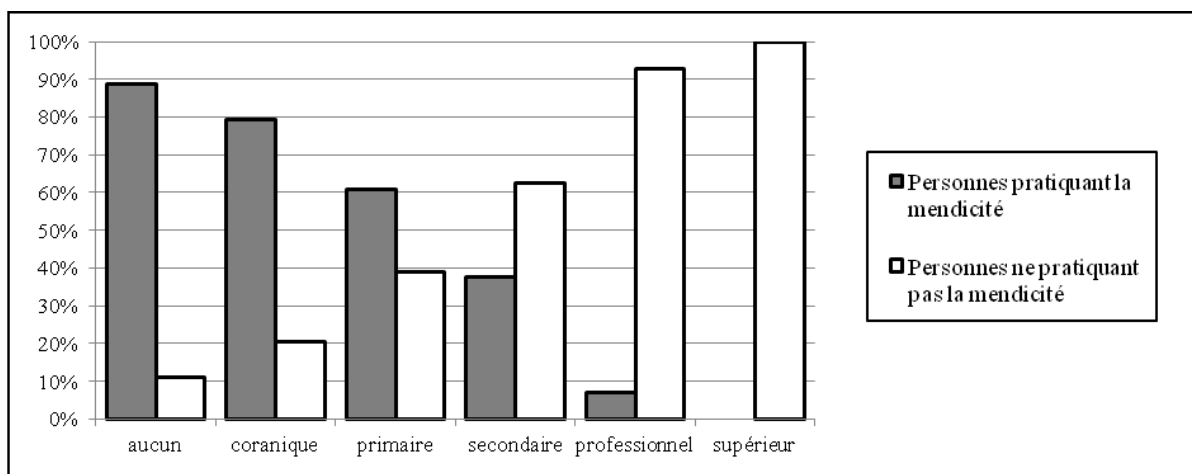
La mendicité concerne près des deux tiers (65%) des personnes interrogées et elle touche autant les hommes que les femmes. Elle se pratique le plus souvent dans les lieux publics, tels que les entrées de mosquées, les marchés, les carrefours des axes routiers et les trottoirs des centres économiques, plus rarement de maison en maison et quelquefois de ville en ville. Les revenus de cette activité rapportent en moyenne deux dollars US par jour, ce qui représente le double du seuil de pauvreté absolu fixé dans les pays en voie de développement par le Fonds Monétaire International (FMI) (Bénicourt, 2001).

Plusieurs facteurs biomédicaux influencent significativement la tendance à opter pour cette pratique. Tout d'abord, celle-ci augmente avec l'âge. Chez les jeunes gens âgés de 20 à 29 ans les proportions des mendiants et des non-mendiants sont identiques. Ensuite, la fréquence de la mendicité augmente progressivement et dépasse les 60% chez les personnes

âgées de 30 à 49 ans et 74% chez les personnes âgées de plus de 50 ans (cf. figure 2). Au-delà de l'âge, la fréquence de la mendicité dépend de la sévérité des déficiences et de leur apparence visuelle. Ainsi, elle concerne 67% des personnes ayant des déficiences touchant les deux membres inférieurs, contre 48% dont seul un membre est atteint. De la même façon, la tendance à utiliser la mendicité comme stratégie de subsistance augmente avec le niveau anatomique de lésion. Elle concerne ainsi 40% des personnes atteintes au niveau de la cheville, 46% au niveau du genou et 65% au niveau de la hanche. En d'autres termes, plus les conséquences de la déficience sont importantes, notamment sur les plans fonctionnel et esthétique, plus les individus ont tendance à pratiquer la mendicité.

Parmi les facteurs sociodémographiques, la mendicité est avant tout liée au niveau d'études. En effet, elle touche près de 90% des personnes n'ayant aucun niveau et 80% de celles scolarisées dans des écoles coraniques. Ces dernières transmettent aux enfants issus de familles démunies, aux orphelins et aux enfants ayant des déficiences une formation basée sur l'apprentissage machinal des versets du coran (Bayo, 2005). À partir du niveau secondaire, la tendance s'inverse et plus on monte dans le niveau, moins les personnes s'adonnent à cette activité (cf. figure 3).

FIGURE 3 : PRATIQUE DE LA MENDICITÉ EN FONCTION DU NIVEAU D'ÉTUDES (EN %)



Nos résultats confirment, entre autres, que le système éducatif guinéen reste inaccessible à la majorité des personnes ayant des incapacités motrices. Près de 35% parmi elles n'ont pas été scolarisées, 30% ont fréquenté les écoles coraniques, seulement 15% ont atteint les niveaux primaire et secondaire, 14% possèdent une formation professionnelle et 6% le niveau d'études supérieures. Comme nous le verrons ultérieurement, l'absence de formation cohérente implique des difficultés par rapport à leur insertion.

Mis à part le niveau d'études, la fréquence de la mendicité est très fortement liée au lieu de naissance. En effet, près de 80% des personnes interrogées ne sont pas originaires de Conakry. Ce fait traduit un fort afflux de populations ayant des incapacités issues principalement du milieu rural, et quelquefois d'autres agglomérations, vers la capitale. Dans le groupe constitué par les mendiants, le taux des personnes ayant migré est nettement supérieur à celui du groupe des non-mendiants (65% contre 34%).

L'engagement associatif encourage également la pratique de la mendicité, car parmi l'ensemble des membres associatifs, près de 69% ont recours à la mendicité.

Enfin, contrairement à l'idée selon laquelle le manque d'appareillages et de moyens de déplacements favorise le phénomène de mendicité, les résultats montrent que la grande majorité (80%) des personnes qui la pratiquent possède un tricycle ou un fauteuil roulant.

Subsistance à travers l'emploi

L'emploi concerne un tiers des personnes interrogées (33%), parmi lesquelles seule la moitié subsiste exclusivement grâce à celui-ci. On note que les proportions d'actifs et d'inactifs sont identiques chez les hommes et chez les femmes. Les emplois les plus occupés sont, dans l'ordre décroissant, l'artisanat et le petit commerce (42,2%), la fonction publique (31,3%) et les métiers de la mécanique (22,9%). En bas de l'échelle se situent les ouvriers et les agriculteurs (3,6%). Les métiers les plus pratiqués, notamment par les femmes, sont la coiffure et le tricotage. Cela peut s'expliquer en partie par l'impulsion donnée à ce secteur par les organisations non gouvernementales de développement (ONGD), qui équiper les petits ateliers et qui proposent aux personnes en situation de handicap des formations requises³.

³ Par exemple, l'association Guinée Solidarité de Strasbourg, collecte, répare et achemine du matériel en vue de créer des emplois pour les personnes en situation de handicap en République de Guinée.



Au niveau de la fonction publique, nous avons principalement rencontré des informaticiens, des comptables et des enseignants.

Depuis que l'État guinéen a ratifié la « Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées »⁴, environ 5% des postes de la fonction publique leur sont accordés. Toutefois, les salaires moyens, tous secteurs confondus, restent très faibles et varient autour de 50 dollars US par mois. Cela semble expliquer les motivations de certaines personnes à pratiquer la mendicité de façon occasionnelle.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête montrent que l'écrasante majorité (78%) des personnes âgées de 20 à 29 ans ne possède pas d'emploi. De plus, cette catégorie d'âge est quantitativement très représentative puisqu'elle constitue près de 40% de l'ensemble de notre échantillon. L'écart entre les actifs et les inactifs se resserre chez les personnes ayant entre 30 et 39 ans, puis il disparaît entre 40 et 49 ans. La différence se recrée de nouveau à partir de 50 ans, puisque 70% des personnes qui atteignent cet âge sont sans emploi (cf. figure 4).

Parmi les facteurs socioéconomiques, comme pour la mendicité, l'emploi est une fois de plus lié au niveau d'études. Ainsi, on constate que près de 74% de personnes sans formation et 76% avec une instruction coranique ne travaillent pas. Réciproquement, plus le niveau d'études augmente, plus elles ont tendance à occuper un emploi (cf. figure 5).

On remarque que nos résultats concernant l'emploi sont en accord avec la littérature scientifique, puisque les mêmes proportions d'actifs et d'inactifs ont été rapportées par d'autres auteurs. Ainsi, Zaracostas (2005, p. 16) considère qu'entre 80% et 90% des personnes en situation de handicap résidant dans les pays en voie de développement sont sans emploi. Selon Perry (2003), leur taux de

chômage en Asie, est deux fois plus élevé qu'à celui du reste de la population et il atteint quelquefois les 80%.

Le taux de chômage étant indéterminé en République de Guinée, nous pouvons seulement l'estimer pour les personnes ayant des déficiences motrices des membres inférieurs résidant à Conakry. D'après nos résultats, celui-ci devrait se situer autour de 85%⁵. En effet, sur 33% des personnes considérées comme « actives », seulement la moitié subsiste exclusivement grâce au travail. De plus, notre définition de l'emploi était relativement large et prenait donc en compte certaines activités professionnelles qui ne sont pas considérées comme telles par d'autres auteurs, comme par exemple le commerce des cartes téléphoniques et la réparation des parapluies.

Subsistance à travers la prise en charge familiale

L'encadrement familial correspond au modèle traditionnel de la prise en charge du handicap en Afrique Occidentale. Selon nos résultats, près d'un quart des personnes (24%) déclarent bénéficier de l'aide de leurs proches. De plus, nous avons constaté que les femmes bénéficient de celle-ci plus souvent que les hommes (34% contre 20%).

En règle générale, dans les sociétés traditionnelles africaines, la place des individus ayant des incapacités, ainsi que leur rôle social sont minimisés (Oularé, 1989). Ces derniers ne sont pas totalement exclus, mais sont sans aucun doute marginalisés et victimes de discriminations. Nous avons remarqué que les hommes pris en charge de cette manière s'orientent le plus souvent vers l'enseignement du coran, tandis que les femmes quittent rarement leur foyer où elles s'occupent principalement du ménage et de la préparation des repas.

⁴ Adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006, La Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées marque une avancée historique pour les personnes handicapées du monde entier.

⁵ Nous considérons ici au chômage toute personne qui, en âge de travailler, ne possède aucun emploi.

FIGURE 4 : EMPLOI EN FONCTION DES CATÉGORIES D'ÂGE (EN %)

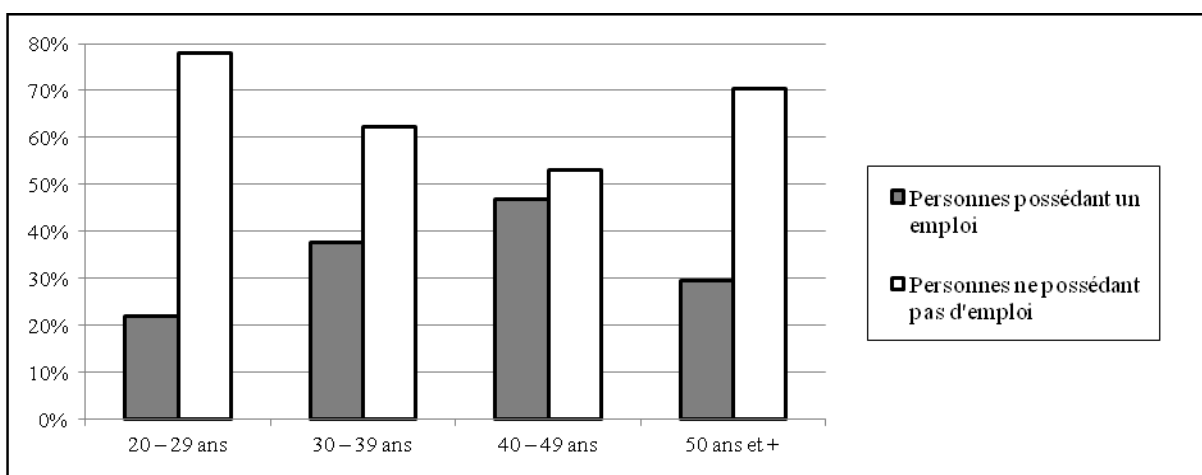
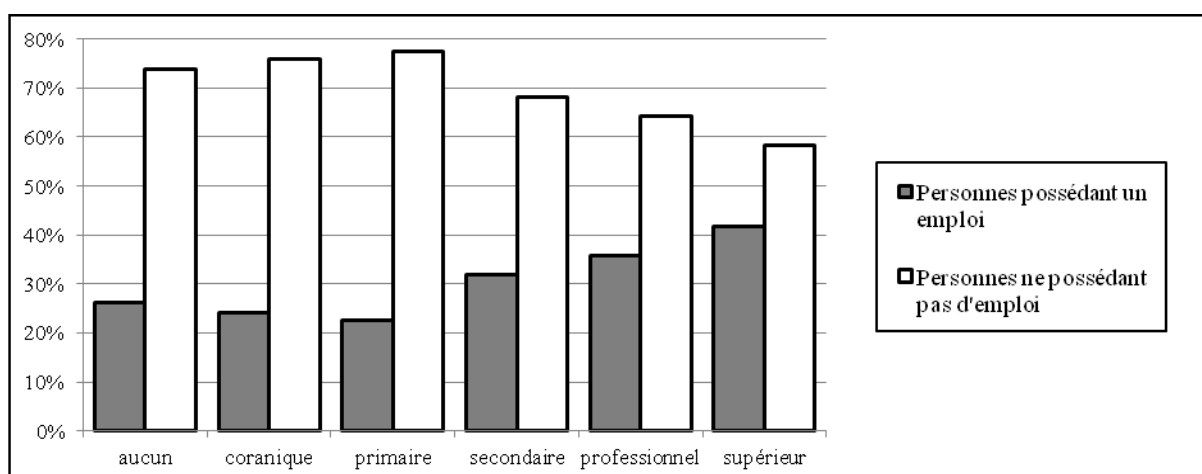


FIGURE 5 : EMPLOI EN FONCTION DU NIVEAU D'ÉTUDES (EN %)



Parmi les facteurs biomédicaux, la prise en charge familiale évolue en fonction des catégories d'âge. Elle concerne principalement les jeunes ayant moins de 29 ans, ainsi que les personnes considérées comme retraitées, au-delà de 50 ans. Le pourcentage des personnes âgées entre 30 et 49 ans bénéficiant de la prise en charge familiale est insignifiant (cf. figure 6).

L'aide familiale semble contraindre les personnes à rester inactives d'un point de vue professionnel, mais constitue cependant une véritable alternative à la mendicité. Ainsi, parmi

celles qui en bénéficient, seulement 21% travaillent contre une moyenne de 35% chez les personnes qui n'en bénéficient pas. De même, la prise en charge familiale présente une certaine incompatibilité avec la pratique de la mendicité, puisque la part des personnes qui ont recours à celle-ci et qui mendient est insignifiante (moins de 4%). Inversement, lorsque les personnes sont autonomes vis-à-vis de leur entourage familial, elles optent pour la mendicité dans 77% des cas (cf. figure 7).



FIGURE 6 : PRISE EN CHARGE FAMILIALE EN FONCTION DES CATEGORIES D'ÂGE (EN %)

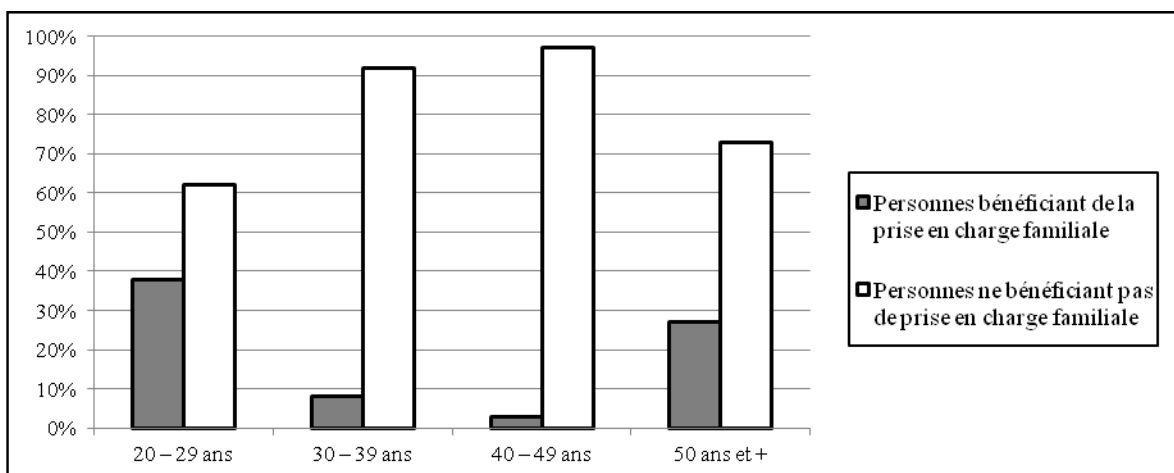
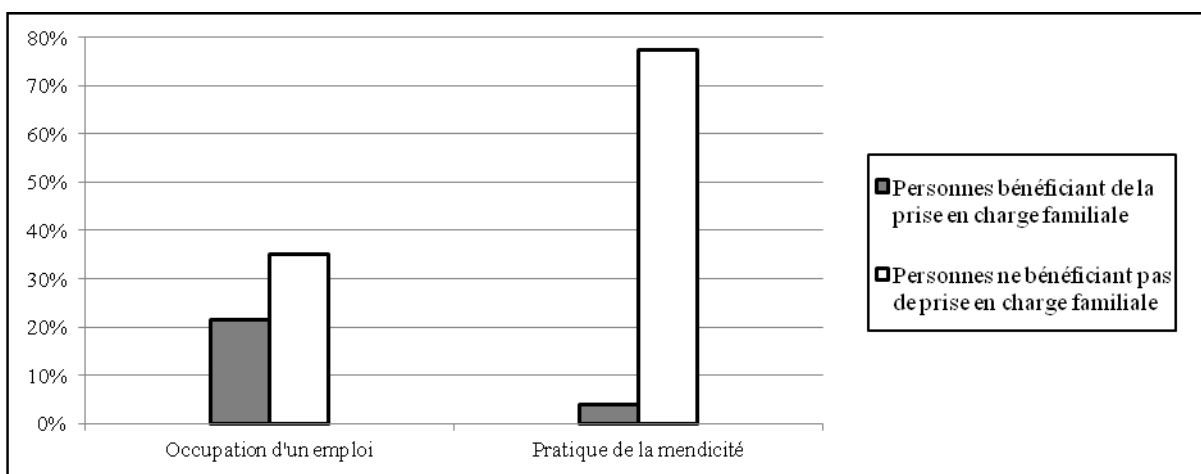


FIGURE 7 : PRISE EN CHARGE FAMILIALE ET ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES DES PERSONNES (EN%)



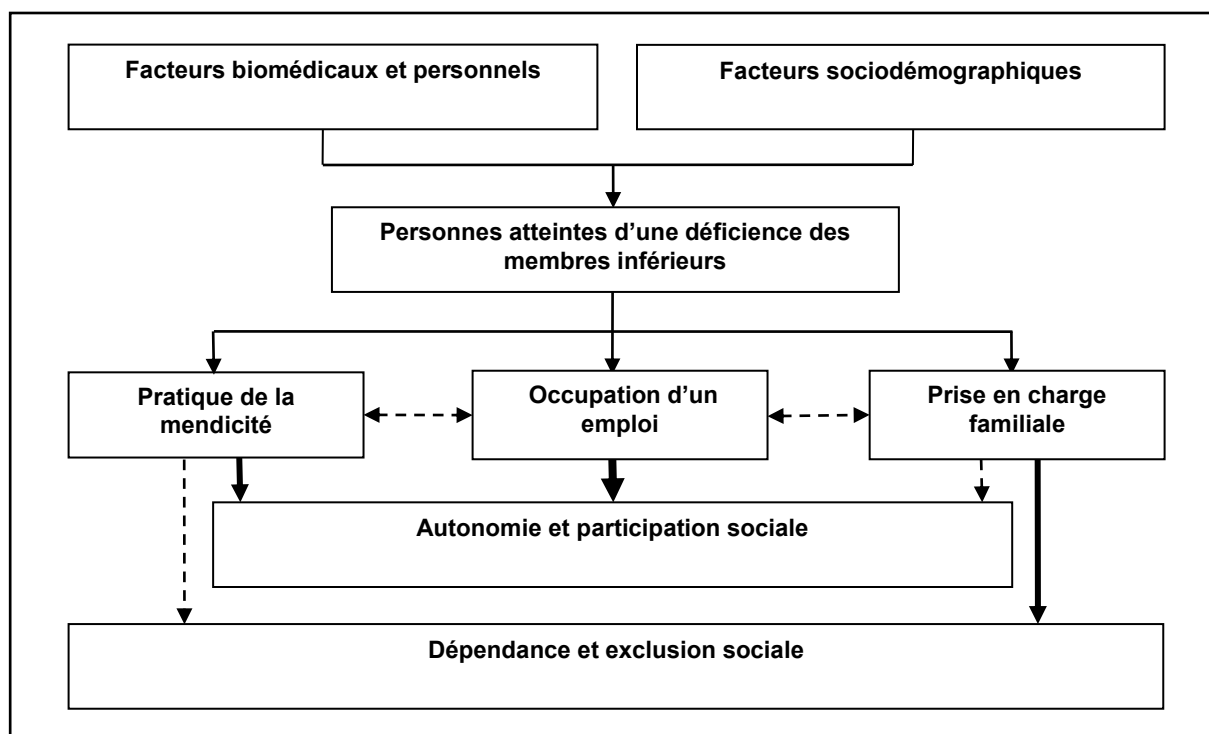
Le facteur qui semble jouer un rôle prédominant par rapport aux modalités de l'encadrement familial, et qui n'a pas été pris en compte par notre enquête, est indéniablement la situation économique des familles des personnes interrogées. En effet, selon les études portant sur la société guinéenne, la majorité de celles-ci vit à la limite de la pauvreté, voire sous son seuil (PNUD, 2008). Il est donc parfois difficile pour elles de supporter le handicap des points de vue psychologique et économique. Cette situation implique parfois, sans mauvaises intentions, une démission de la famille, laquelle peut présenter alors une attitude de déni,

d'indifférence, voire d'abandon vis-à-vis de ses membres ayant des incapacités, ce qui les incite à la mendicité.

Conclusion

Les résultats de notre enquête permettent de conclure que l'absence de couverture sociale et de dispositifs d'aide financière ou matérielle, qui caractérise la République de Guinée, pousse les personnes ayant une déficience des membres inférieurs à choisir parmi les trois principales stratégies de subsistance que sont la pratique de la mendicité, l'occupation d'un

**FIGURE 8 : DÉTERMINISME SOCIOÉCONOMIQUE
DES PERSONNES DÉFICIENTES DES MEMBRES INFÉRIEURS À CONAKRY**



emploi et la prise en charge familiale. Ces choix, comme nous l'avons démontré, dépendent de certains facteurs biomédicaux et sociodémographiques. De plus, comme le montre notre schéma de synthèse, les stratégies de subsistance semblent déterminer le niveau de participation sociale des individus (cf. figure 8).

Comme nous venons de le voir, la stratégie de subsistance la plus utilisée consiste à pratiquer la mendicité de façon très organisée dans le temps et dans l'espace. Parmi les facteurs biomédicaux qui influencent celle-ci, nous avons distingué l'âge et le degré d'atteinte aux membres inférieurs. La détérioration avec le temps de l'état de santé des personnes, ainsi que leur apparence physique, semblent constituer d'importants atouts favorisant la pratique de cette activité. En revanche, parmi les facteurs sociodémographiques, ce sont le lieu de naissance et le niveau d'études qui déterminent ce « choix » de vie. L'absence de formation ou une suivi dans les écoles coraniques,

de même que l'exode rural, contribuent à la diffusion de ce phénomène. Dans ces circonstances, il est indispensable aujourd'hui que le gouvernement guinéen rende les écoles publiques accessibles aux enfants en situation de handicap, de même qu'il développe un dispositif complet et efficace de la prise en charge du handicap et qu'il le délocalise au sein du milieu rural. Néanmoins, nous avons constaté que les personnes qui pratiquent la mendicité ne sont pas inactives d'un point de vue social. Bien au contraire, elles sont très engagées sur le plan associatif et familial, de même que pour leur grande majorité, elles sont très mobiles, notamment grâce aux tricycles et aux fauteuils roulants offerts par les sponsors locaux et étrangers.

La deuxième stratégie que nous avons évoquée consiste à travailler afin de subvenir à ses besoins. Marquée par la présence d'emplois essentiellement manuels (agriculture, exploitations minières, menuiserie, bâtiment,



etc.), la société guinéenne offre peu de possibilités aux personnes en situation de handicap. Leurs seules activités se cantonnent à des travaux intellectuels et plus majoritairement à des emplois ne nécessitant pas de lourdes implications physiques. Comme nous l'avons constaté, les jeunes, qui sont quantitativement les plus représentatifs, sont majoritairement sans emploi. Les taux d'insertion professionnelle sont également proportionnels au niveau d'études. Plus ce dernier est élevé, plus les personnes déclarent occuper un emploi. Cela ne fait que confirmer la nécessité actuelle de développement des offres de formations spécialisées et d'investissement dans le matériel de production (matières premières, machines et outils de travail).

La dernière stratégie adoptée, la prise en charge familiale, se caractérise quant à elle par l'inactivité et l'isolement de la personne. Cette dépendance s'observe principalement chez les femmes, qui se trouvent sous la tutelle d'une famille élargie, marquée par des liens sanguins ou communautaires. Ce modèle de prise en charge présente certes des avantages, tels que l'assurance d'être nourri, vêtu et logé, mais cependant ne permet pas l'épanouissement de la personne ni son développement culturel et spirituel. Toutefois, l'exception à la règle est faite par les familles aisées, qui constituent la minorité de la population et qui utilisent de grands moyens afin de faire réussir leurs enfants, par exemple en les envoyant dans les pays occidentaux.

Références

- BARRY, C. (1998). *Étude sociologique de la mendicité dans la ville de Conakry*. Conakry : Presse Universitaire.
- BAYO, E. K. (2005). *Un des défis majeurs des années 2000, la problématique de l'enfance/jeunesse, circonstances aggravantes et solutions possibles*. Conakry : La Samaritaine-Guinée.
- BÉNICOURT, E. (2001). La pauvreté selon le PNUD et la Banque mondiale. *Études rurales*, 159-160, 35-53.
- DELCEY, M. (2002). *Déficiences motrices et situations de handicaps*. Paris : Association des Paralysés de France.
- DIALLO, C. D. (2002). *Étude sur les groupes marginaux en Guinée*. Conakry : Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance.
- EMMANUELLI, X. (1999). *Dernier avis avant la fin du monde*. Coll. Espaces libres. Paris : Albin Michel.
- FOUGEYROLLAS, P. (1993). *Le processus de production culturelle du handicap : contextes socio-historiques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles*. Québec : Département d'anthropologie, Université de Laval.
- HERAUD, M. (2005). *Les représentations du handicap au Burkina Faso. Processus de marginalisation et d'intégration des personnes en situation de handicap*. Ouagadougou : Handicap International.
- LEBART, L., MORINEAU, A., & PIRON, M. (1995). *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Paris : Dunod.
- OULARÉ, A. (1989). *Les handicapés dans la famille en Guinée : Problématique de l'éducation des enfants et adolescent handicapés*. Conakry : AGBEF.
- PERRY, D. (2003). *Moving Forward : Toward decent work for people with disabilities – Examples of good practices in vocational training and employment from Asia and the Pacific*. Bangkok : International Labour Office.
- PNUD (2008). *Rapport Mondial du Développement*.
- POIZAT, D. (2007). D'une pensée territoire à une pensée monde. L'Afrique, le pittoresque et le handicap. *Reliance, Revue des situations de handicap et de l'éducation et des sociétés*, 24, 22-30.
- RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION DE 1996. D /95 / 210 PRG / SGG du 26 Juillet 1995. Département des archives du Ministère guinéen des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance.
- SIDIBÉ, M. (2000). *Les handicapés*. Conakry : Division Nationale de la Planification des Ressources Humaines du Ministère guinéen des Affaires Sociales, de la Promotion Féminine et de l'Enfance.
- ZARACOSTAS, J. (2005). Disabled still face hurdles in job market. *The Washington Times*, 16.