

Représentations sociales du handicap mental et dynamiques d'inclusion : une analyse socio-anthropologique chez les Gouro, Dida et Guéré de Côte d'Ivoire

COULIBALY Brahim

*Enseignant-chercheur, Socio-anthropologue de la santé
à l'Université Alassane Ouattara*

(+225) 0505296493/0102254793/0747840456
coul.tiebe_ib@yahoo.fr

Résumé

Cette étude analyse les représentations sociales du handicap mental chez les communautés gouro, dida et guéré vivant à Bouaké, en Côte d'Ivoire. Inscrite dans une perspective socio-anthropologique, elle met en évidence la manière dont les croyances culturelles, les systèmes symboliques et les normes sociales influencent la perception du handicap mental, les attitudes communautaires ainsi que les pratiques de prise en charge. La recherche s'appuie sur une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs, l'observation directe et la recherche documentaire auprès de 72 participants issus des trois communautés étudiées. Les résultats montrent que le handicap mental est fréquemment interprété à travers des catégories mystiques, morales et symboliques associées aux génies, aux malédictions, aux interdits sociaux ou aux forces invisibles. Les appellations populaires comme « enfant serpent » ou « enfant maudit » traduisent des mécanismes de stigmatisation sociale, tandis que les familles combinent souvent soins biomédicaux, pratiques religieuses et traitements traditionnels dans la prise en charge du handicap mental. Malgré la persistance du rejet et de la marginalisation, les actions de sensibilisation, la scolarisation et les expériences inclusives favorisent progressivement une évolution des perceptions sociales et renforcent la nécessité de politiques inclusives adaptées. Mots-clés Handicap mental ; représentations sociales ; stigmatisation ; inclusion sociale ; Gouro ; Dida ; Guéré ; Côte d'Ivoire ; socio-anthropologie ; croyances culturelles.

Abstract

This study analyzes the social representations of mental disability among the Gouro, Dida, and Guéré communities living in Bouaké, Côte d'Ivoire. Grounded in a socio-anthropological perspective, it highlights how cultural beliefs, symbolic systems, and social norms influence perceptions of mental disability, community

attitudes, and caregiving practices. The research is based on a qualitative approach using semi-structured interviews, direct observation, and documentary research conducted with 72 participants from the three communities studied. The findings reveal that mental disability is frequently interpreted through mystical, moral, and symbolic categories associated with spirits, curses, social prohibitions, or invisible forces. Popular expressions such as “snake child” or “cursed child” reflect mechanisms of social stigmatization, while families often combine biomedical care, religious practices, and traditional treatments in the management of mental disability. Despite the persistence of rejection and marginalization, awareness-raising initiatives, schooling, and inclusive experiences are gradually contributing to changes in social perceptions and reinforcing the need for appropriate inclusive policies. Keywords Mental disability; social representations; stigmatization; social inclusion; Gouro; Dida; Guéré; Côte d’Ivoire; socio-anthropology; cultural beliefs.

1.Introduction

Le handicap mental constitue aujourd’hui une question centrale à la croisée des enjeux de santé publique, des droits humains et des politiques d’inclusion sociale. Jadis interprété principalement à travers une approche biomédicale centrée sur la déficience individuelle, il est désormais envisagé comme une réalité complexe faisant intervenir des dimensions médicales, psychologiques, sociales, culturelles, symboliques et politiques. Les recherches contemporaines montrent en effet que les difficultés rencontrées par les personnes vivant avec un handicap mental ne découlent pas uniquement de limitations fonctionnelles, mais également des représentations sociales, des normes culturelles, des mécanismes de stigmatisation et des barrières institutionnelles qui structurent leur environnement social (Oliver, 1990 ; Shakespeare, 2006 ; Mitra, 2018). Le handicap apparaît ainsi comme une construction à la fois biologique et sociale, façonnée par les interactions entre les individus, les communautés et les systèmes de valeurs.

Dans les sociétés africaines subsahariennes, où les logiques communautaires et les référents symboliques occupent encore une place importante dans l’organisation de la vie sociale, le handicap mental demeure fortement investi de significations culturelles et spirituelles. Les interprétations populaires de cette condition dépassent souvent les explications strictement médicales pour

s'inscrire dans des univers cosmologiques mêlant croyances ancestrales, références religieuses, forces invisibles, interdits sociaux et savoirs traditionnels. Dans plusieurs contextes africains, les personnes vivant avec un handicap mental sont ainsi associées à des malédictions, à des génies, à des sanctions mystiques ou à des ruptures de l'ordre social et spirituel (Essomba, 2010 ; Dassa, 2012 ; Dossa, 2018). Ces représentations influencent profondément les attitudes communautaires, les pratiques familiales, les itinéraires thérapeutiques ainsi que les possibilités d'intégration scolaire, sociale et professionnelle des personnes concernées.

En Côte d'Ivoire, malgré les progrès réalisés en matière de reconnaissance juridique des droits des personnes handicapées et les efforts institutionnels en faveur de leur inclusion, les représentations sociales du handicap mental restent encore largement marquées par des croyances populaires, des logiques de stigmatisation et des formes variées d'exclusion sociale.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude consacrée aux représentations sociales du handicap mental chez les Gouro, les Dida et les Guéré vivant en Côte d'Ivoire et précisément dans la ville de Bouaké. Cette recherche vise à analyser les systèmes de nomination et de catégorisation sociale du handicap mental, les croyances explicatives qui lui sont associées, les perceptions communautaires de la différence, les mécanismes de stigmatisation ainsi que les pratiques sociales et thérapeutiques mobilisées autour des enfants concernés. Elle cherche également à comprendre comment les dynamiques contemporaines de médicalisation, de sensibilisation communautaire, de scolarisation et d'inclusion participent progressivement à la transformation des regards sociaux portés sur le handicap mental. La question principale qui oriente cette recherche est : comment les représentations sociales et les systèmes culturels d'interprétation du handicap mental chez les Gouro, les Dida et les Guéré influencent-ils les attitudes communautaires, les modes de prise en charge et les dynamiques d'inclusion sociale des enfants concernés ?

2.Méthodologie

Cette étude adopte une approche qualitative, descriptive et comparative relevant de la socio-anthropologie du handicap mental. Elle analyse les représentations sociales, les croyances explicatives, les perceptions communautaires, les pratiques sociales et les itinéraires thérapeutiques liés au handicap mental chez les communautés gouro, dida et guéré de Bouaké. L'étude considère le handicap mental comme une réalité à la fois biomédicale, sociale, culturelle et symbolique, dont les significations varient selon les contextes socioculturels. L'analyse s'appuie principalement sur la théorie des représentations sociales de Moscovici (1961), la théorie du stigmat de Goffman (1975) et l'anthropologie médicale de Kleinman (1980).

2.1. Cadre de l'étude

L'enquête a été réalisée dans la ville de Bouaké, deuxième grande agglomération de Côte d'Ivoire, caractérisée par une importante diversité culturelle et linguistique. Le choix de cette ville s'explique par son caractère cosmopolite, la présence significative des communautés gouro, dida et guéré, ainsi que la coexistence de référents culturels traditionnels et de dynamiques urbaines contemporaines. Les investigations ont été menées dans plusieurs quartiers, notamment Air France, Sokoura, Kennedy, Koko, Broukro, Dar-es-Salam, Belleville, Ahougnansou, Nimbo, Commerce, Zone, Dougouba et Gonfreville. Cette diversité spatiale a permis de mieux saisir les logiques sociales et culturelles associées aux représentations du handicap mental en milieu urbain ivoirien.

2.2. Population d'étude, échantillonnage et taille de l'échantillon

La population étudiée est composée de personnes appartenant aux communautés gouro, dida et guéré résidant à Bouaké. L'enquête a concerné des acteurs directement ou indirectement confrontés au handicap mental, notamment des parents d'enfants vivant avec un handicap mental, des membres de familles élargies, des chefs traditionnels, des leaders communautaires, des responsables religieux ainsi que des habitants ordinaires des quartiers.

L'étude repose sur un échantillonnage raisonné, couramment utilisé dans les recherches qualitatives en socio-anthropologie. Les participants ont été sélectionnés en fonction de leur appartenance communautaire, de leur expérience du handicap mental et de leur capacité à fournir des informations pertinentes. La technique de la « boule de neige » a été utilisée afin d'identifier progressivement d'autres personnes ressources à partir des premiers enquêtés. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à l'atteinte de la saturation empirique.

L'échantillon comprend au total 72 participants répartis équitablement entre les trois communautés étudiées, soit 24 Gouro, 24 Dida et 24 Guéré. Il est constitué de :

- 24 parents d'enfants vivant avec un handicap mental ;
- 12 membres de familles élargies ;
- 12 chefs traditionnels et leaders communautaires ;
- 6 responsables religieux ;
- 18 habitants ordinaires des quartiers.

Cette structuration a permis d'assurer la diversité des profils, la richesse des discours et la comparaison interculturelle des données recueillies.

2.3. Techniques de collecte des données

Les données ont été recueillies principalement à partir d'entretiens semi-directifs portant sur les appellations populaires du handicap mental, la sémiologie, les croyances explicatives, les perceptions de la gravité, les mécanismes de stigmatisation, les recours thérapeutiques, les pratiques de prise en charge et les possibilités d'intégration sociale. Les entretiens ont été réalisés en français et, lorsque cela était nécessaire, dans les langues locales avec l'appui d'interprètes. L'observation directe a également permis d'analyser les interactions sociales autour des personnes vivant avec un handicap mental, les attitudes communautaires, les pratiques familiales ainsi que les formes d'inclusion ou de marginalisation observées dans les familles, les

quartiers. En complément, une recherche documentaire a été effectuée à partir d'ouvrages scientifiques, de rapports institutionnels, de textes juridiques et de documents produits par des ONG et structures spécialisées. Cette documentation a contribué à situer les résultats dans le contexte plus large des recherches africaines et internationales sur le handicap mental.

2.4. Techniques d'analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Après transcription intégrale des entretiens, les verbatims ont été codifiés puis regroupés autour de grandes catégories thématiques : systèmes de nomination, croyances explicatives, sémiologie populaire, perceptions du handicap, pratiques thérapeutiques, mécanismes de stigmatisation et dynamiques d'inclusion sociale. L'analyse comparative a permis d'identifier les convergences, les spécificités culturelles et les transformations contemporaines des représentations sociales du handicap mental chez les Gouro, les Dida et les Guéré.

2.5. Considérations éthiques

Cette recherche a été conduite dans le respect des principes éthiques des sciences sociales. Les participants ont été informés des objectifs de l'étude, de l'usage scientifique des données, du caractère volontaire de leur participation et des garanties de confidentialité. Leur consentement libre et éclairé a été obtenu avant chaque entretien. L'anonymat des enquêtés a été assuré par l'utilisation de pseudonymes ou d'initiales. Une attention particulière a été accordée au respect des sensibilités culturelles, des croyances locales et de la vulnérabilité des familles concernées par le handicap mental.

3. Résultats

3.1. Logiques de nomination et catégorisation sociale

Dans les communautés gouro, dida et guéré, le handicap mental est d'abord perçu à travers des systèmes locaux de nomination servant à

identifier et interpréter socialement l'enfant concerné. Ces appellations dépassent la simple description : elles traduisent des représentations collectives enracinées dans les croyances culturelles, les imaginaires symboliques et les perceptions populaires du handicap. À travers le langage, l'enfant est souvent situé à la frontière entre l'humain, l'animal et le monde invisible.

3.1.1. Appellations locales et populaires

Chez les Gouro, les expressions *Floa nin* ou *Mlinnin* (« enfant serpent ») sont couramment employées pour désigner les enfants vivant avec un handicap mental. Ces appellations reposent principalement sur l'observation de certains comportements et caractéristiques physiques jugés atypiques, notamment les difficultés motrices, le déplacement au sol, la protrusion de la langue ou encore l'hypersalivation. Un enquêté explique à ce propos : « Généralement chez nous en Gouro, on les qualifie d'enfants serpent parce que [...] ces enfants-là aussi font sortir leurs langues, crachats comme le serpent fait souvent. » Chez les Dida, des termes tels que *trahwouo*, *likpahouo* ou *Gborgbor mainnain* renvoient également à l'animalité et au registre mystique. Les comparaisons établies par certains enquêtés assimilent l'enfant au dragon, au serpent ou encore au singe : « Souvent il fait les quatre pattes pour se déplacer, on le compare au singe. »

Chez les Guéré, plusieurs appellations comme *coudjou* (« mauvais enfant », « enfant du diable » ou « enfant sans croissance »), « enfant d'oiseau », « enfant serpent » ou « enfant maudit », ainsi que *Opdoulani* (« enfant gâté » ou *toc toc*), traduisent également une forte charge symbolique et péjorative. Une enquêtée affirme : « Les gens disent que ce sont des enfants maudits, des enfants qui apportent la poisse. » L'ensemble de ces désignations montre que la nomination du handicap mental repose largement sur des images visibles, des analogies symboliques et des représentations culturellement ancrées dans l'univers social local.

3.1.2. Portée symbolique des appellations

Au-delà de leur simple fonction descriptive, ces appellations possèdent une forte portée symbolique. Elles traduisent une forme d'animalisation de l'enfant, perçu comme un être situé en dehors des normes ordinaires de l'humanité. Les références au serpent, au dragon ou au singe contribuent ainsi à construire une figure d'altérité associée au mystère, au danger ou aux forces invisibles. Chez plusieurs enquêtés, le handicap mental est directement relié à la malédiction, au châtement divin ou au désordre spirituel : « Moi je dirais une malédiction... » ; « Dieu a puni les parents. » Dans cette logique, le handicap dépasse le cadre biomédical pour devenir le signe visible d'un déséquilibre invisible affectant la famille ou la communauté. Ces représentations traduisent une lecture culturelle du handicap mental dans laquelle les différences corporelles et cognitives sont interprétées à travers les croyances collectives, les imaginaires sociaux et les rapports entre le visible et l'invisible.

3.1.3. Fonction sociale de la nomination

La nomination joue également une fonction sociale essentielle, dans la mesure où elle attribue à l'enfant une identité particulière et détermine sa place au sein des relations communautaires. Les expressions comme « enfant serpent », « enfant maudit » ou « enfant du diable » participent ainsi à un processus d'altérisation sociale qui construit l'enfant comme différent, inquiétant ou inachevé. Cette catégorisation influence directement les comportements sociaux, notamment la marginalisation, le rejet, la honte familiale, la dissimulation ou encore l'absence de scolarisation. Un enquêté gourou affirme : « Dans mon entourage, les gens les qualifient d'enfants serpent, que ce ne sont pas des êtres humains. » Chez certains Guéré, des récits anciens évoquent même des pratiques d'élimination : « On disait qu'il fallait accompagner l'enfant... c'est-à-dire l'éliminer. » Toutefois, malgré la persistance de ces représentations stigmatisantes, certains discours témoignent d'une évolution progressive des perceptions sociales. Plusieurs enquêtés dénoncent désormais le

caractère péjoratif de ces appellations et rappellent que les enfants vivant avec un handicap mental demeurent des êtres humains à part entière : « Ce n'est pas normal qu'on désigne ces enfants-là par ces appellations. »

Ces prises de position montrent que les représentations sociales du handicap mental ne sont ni figées ni homogènes. Elles évoluent progressivement sous l'effet des transformations sociales, de la scolarisation, des structures sanitaires et des actions de sensibilisation en faveur de l'inclusion sociale.

3.2.Sémiologie populaire et reconnaissance empirique

Dans les communautés gouro, dida et guéré, la reconnaissance du handicap mental repose principalement sur une sémiologie populaire fondée sur l'observation des corps, des comportements et des capacités fonctionnelles des enfants concernés. Avant toute identification biomédicale, les populations s'appuient surtout sur des signes visibles et des attitudes jugées inhabituelles pour identifier ce qu'elles considèrent comme une anomalie. La perception sociale du handicap mental se construit ainsi à partir d'une lecture ordinaire du corps et du comportement, influencée par les représentations culturelles locales.

3.2.1. Les signes physiques identifiés

Les premiers signes mobilisés concernent les caractéristiques physiques perçues comme atypiques : difficultés à marcher, faiblesse musculaire, immobilité, tête rejetée vers l'arrière, protrusion de la langue, hypersalivation ou traits du visage jugés inhabituels. Chez les Gouro, un enquêté explique : « Il ne marche pas... il fait sortir sa langue, il y a les crachats. » Chez les Dida, les descriptions insistent davantage sur la morphologie et les difficultés motrices : « Il est mou,

il a de longs bras et de longs pieds. » Chez les Guéré, les signes évoqués renvoient également à une perception de retard corporel : « Il a des difficultés pour bien articuler les mots... il ne peut pas se déplacer seul. » Le corps devient ainsi le principal support d'identification du handicap. Les différences physiques visibles jouent un rôle central dans la reconnaissance sociale de l'enfant considéré comme « différent ».

3.2.2. Les signes comportementaux

Au-delà des caractéristiques physiques, les communautés accordent une grande importance aux comportements et aux capacités relationnelles des enfants. Le retard de langage, les crises, la lenteur, les gestes répétitifs ou les difficultés d'autonomie sont fréquemment évoqués. Chez les Gouro, un répondant affirme : « Il ne parle pas... tout ce qu'il fait n'a pas de sens. » Chez les Dida : « Il fait des crises, il bave, il se gifle. » Chez les Guéré, certains comportements sont interprétés comme des signes d'immaturité mentale : « Ils sont âgés mais ils posent des actes d'enfants de 2 ou 3 ans. » Les difficultés à se laver, manger ou se déplacer seuls sont également fortement soulignées. Ainsi, le langage, l'autonomie et les interactions sociales deviennent des critères essentiels de distinction entre l'enfant jugé « normal » et celui perçu comme handicapé. Cependant, ces interprétations dépassent souvent la simple observation fonctionnelle. Certains comportements sont associés à l'anormalité ou au désordre, renforçant ainsi les mécanismes de stigmatisation.

3.2.3. Variabilité ou homogénéisation des signes

Les discours recueillis montrent toutefois des perceptions différentes des manifestations du handicap mental. Certains enquêtés considèrent que tous les enfants concernés présentent les mêmes caractéristiques : « Généralement ils ne parlent pas, ils ne marchent pas. » Cette vision traduit une perception relativement figée du handicap, associée à la dépendance et à l'incapacité. D'autres participants reconnaissent au contraire une certaine diversité : « Il y en a certains qui parlent et d'autres qui ne parlent pas. » Une enquêtée

guéré précise : « Les enfants handicapés mentaux ne présentent pas forcément les mêmes signes. » Cette reconnaissance de la variabilité traduit une évolution vers une compréhension plus nuancée du handicap mental, notamment chez les personnes davantage exposées aux discours médicaux, aux médias ou aux actions de sensibilisation.

Dans l'ensemble, cette sémiologie populaire montre que le handicap mental est essentiellement identifié à partir de signes visibles, corporels et comportementaux interprétés selon les référents culturels locaux. Les communautés construisent ainsi une connaissance empirique du handicap influencée par les croyances collectives et les représentations sociales.

3.3.Étiologie populaire et pluralité des causes

Dans les communautés gouro, dida et guéré, les causes attribuées au handicap mental relèvent d'une pluralité de registres explicatifs mêlant croyances mystiques, interprétations morales et références biomédicales émergentes. Cette diversité montre que le handicap mental n'est pas interprété à travers un système unique de causalité, mais à partir d'un ensemble de savoirs culturels, religieux, familiaux et médicaux qui coexistent et s'entrecroisent. Les discours recueillis révèlent ainsi une véritable hybridation des modèles explicatifs, où les causes invisibles et surnaturelles occupent encore une place importante, même si certaines références médicales commencent progressivement à apparaître.

3.3.1. Explications mystiques et traditionnelles

Les explications mystiques constituent le registre étiologique dominant dans les trois communautés. Le handicap mental est fréquemment associé à des forces invisibles, à des pactes surnaturels, à des génies, à des interdits transgressés ou à des puissances spirituelles considérées comme dangereuses. Chez les Gouro, plusieurs enquêtés associent l'enfant handicap mental à des êtres mystiques ou à des forces occultes : « Ce sont des enfants de génies. » ; « Il y a des femmes qui font des pactes mystiques et l'enfant naît comme ça. » D'autres relient directement le handicap à la forêt ou au

monde invisible : « C'est un enfant de la forêt. » Chez les Dida, les interprétations spirituelles apparaissent également très présentes : « C'est une malédiction. » ; « Il y a des femmes qui rencontrent des esprits pendant la grossesse. » Dans la communauté guéré, les représentations sont parfois encore plus radicales. Certains enquêtés évoquent des figures associées au diable, au serpent ou à des êtres surnaturels : « C'est un enfant du diable. » ; « Ce sont des enfants qui viennent avec des esprits. » Le serpent, le dragon ou les créatures de la forêt deviennent ainsi des figures symboliques permettant d'expliquer une différence corporelle et cognitive difficile à comprendre dans les catégories ordinaires du vivant. Ces interprétations traduisent une lecture cosmologique du handicap, où l'anomalie physique est perçue comme le signe visible d'un désordre invisible affectant les relations entre le monde humain et les forces spirituelles.

3.3.2. Explications morales et familiales

Au-delà des causes mystiques, certaines explications attribuent une responsabilité morale ou familiale à l'apparition du handicap. Cette causalité morale apparaît surtout dans les discours dida, où les comportements parentaux — notamment maternels — sont parfois mis en cause. Chez certains enquêtés dida, le handicap peut être interprété comme la conséquence : « D'une faute des parents. » ; « La mère n'a pas respecté certains interdits. » Ces représentations renvoient à des normes sociales et culturelles liées à la grossesse, à la sexualité, aux interdits alimentaires ou aux obligations rituelles. Le handicap devient alors le signe d'un désordre moral ou d'une transgression ayant rompu l'équilibre social et spirituel. Cependant, cette culpabilisation parentale n'est pas uniforme dans toutes les communautés. Chez plusieurs enquêtés gouro et guéré, certains discours refusent explicitement d'accuser les parents : « Ce n'est pas la faute de la mère. » ; « Dieu seul sait pourquoi l'enfant est comme

ça. » Cette position traduit une forme d'atténuation de la responsabilité familiale et une interprétation davantage centrée sur la volonté divine ou le destin. Elle montre également que les représentations sociales du handicap ne sont pas totalement homogènes à l'intérieur des communautés : des logiques de culpabilisation coexistent avec des discours plus compassionnels ou fatalistes.

3.3.3. Explications médicales émergentes

Même si les référents mystiques et moraux restent dominants, des explications biomédicales émergent progressivement dans les discours. Certains enquêtés évoquent des problèmes liés au cerveau, à la grossesse, à la naissance ou à des anomalies corporelles. Chez les Gouro, un répondant affirme : « C'est une maladie qui attaque l'enfant. » Chez les Dida, certains parlent : « D'un problème au niveau de la tête. » D'autres évoquent : « Une paralysie » ou « une malformation ». Dans la communauté guéré, quelques enquêtés reconnaissent également l'existence d'un trouble médical : « C'est une maladie comme les autres. » Cependant, ces références biomédicales restent souvent imprécises et partielles. Les notions de chromosomes, de déficience intellectuelle ou de trouble neurodéveloppemental sont rarement maîtrisées. Les explications médicales émergent donc davantage comme des savoirs en circulation que comme de véritables modèles explicatifs stabilisés. Cette coexistence entre explications mystiques, morales et médicales illustre un pluralisme étiologique caractéristique de nombreuses sociétés africaines contemporaines. Les populations ne remplacent pas totalement les croyances traditionnelles par les savoirs biomédicaux ; elles articulent plusieurs systèmes de compréhension du handicap selon les situations, les expériences familiales et les ressources disponibles. Ainsi, le handicap mental apparaît simultanément comme une anomalie biologique, un signe spirituel, un désordre moral et une épreuve sociale. Cette pluralité des causes influence profondément les itinéraires thérapeutiques, les attitudes familiales et les possibilités d'inclusion des enfants concernés.

3.4. Nosologie sociale du handicap mental

Dans les communautés gouro, dida et guéré, le handicap mental n'est pas défini uniquement selon des critères biomédicaux. Il est interprété à travers une nosologie sociale mêlant croyances spirituelles, jugements moraux et expériences relationnelles. Les populations oscillent ainsi entre les registres de la maladie, du trouble, de l'anomalie ou de la malédiction, influençant les attitudes familiales et les possibilités d'intégration sociale.

3.4.1. Entre maladie, trouble et malédiction

Pour certains enquêtés, le handicap mental relève d'un problème médical : « C'est une maladie de naissance. » « Il y a un problème dans sa tête. » Ces discours traduisent une émergence progressive des représentations biomédicales. Cependant, de nombreuses interprétations restent marquées par les croyances mystiques : « Ce n'est pas une maladie normale. » ; « C'est un enfant mystique. » ; « Ce sont les esprits qui donnent ça. » Le handicap mental apparaît alors comme le signe visible d'un désordre spirituel ou social. Il oscille ainsi entre maladie, anomalie, malédiction ou manifestation surnaturelle, selon les croyances et les expériences propres à chaque communauté.

3.4.2. Distinction avec les autres handicaps

Les enquêtés différencient également le handicap mental des autres formes de handicap à partir des comportements observés et du degré d'autonomie : « Lui, ce n'est pas les pieds seulement, c'est aussi la tête. » ; « Les handicapés des jambes comprennent souvent mieux. » Le handicap mental est parfois rapproché de la folie ou du retard : « Ce n'est pas comme les fous qui crient partout. » ; « Lui, il est lent seulement. » Chez certains enquêtés plus exposés aux discours médicaux, des références à l'autisme ou au retard mental apparaissent. Toutefois, ces distinctions demeurent souvent imprécises et reposent surtout sur l'observation quotidienne plutôt que sur des critères biomédicaux.

3.5. Perceptions de la gravité et du pronostic

Les perceptions de la gravité et du pronostic du handicap mental chez les Gouro, les Dida et les Guéré oscillent entre fatalisme, compassion et espoirs limités d'intégration. Le pronostic attribué à l'enfant dépend autant des capacités perçues que du regard social et des possibilités d'accompagnement.

3.5.1. Une gravité fortement socialisée

Dans les trois communautés, le handicap mental est perçu comme une condition grave, surtout en raison de ses conséquences sociales. La dépendance constitue le principal critère de gravité : « Il faut toujours être derrière eux. » ; « Il ne peut pas vivre seul. » L'impossibilité supposée de travailler, d'aller à l'école ou de se marier renforce cette perception. La visibilité corporelle du handicap favorise également les moqueries, la peur ou le rejet : « Dès qu'on le voit, on sait qu'il est différent. » Plusieurs enquêtés soulignent enfin le poids du regard collectif : « La famille souffre à cause du regard des autres. » ; « Certains cachent les enfants à cause de la honte. » Ainsi, la gravité du handicap mental ne découle pas uniquement des limitations fonctionnelles ; elle est amplifiée par les représentations sociales, les mécanismes de stigmatisation et les barrières communautaires. Le handicap apparaît alors autant comme une expérience sociale de l'exclusion qu'une réalité médicale.

3.5.2. Les capacités attribuées à l'enfant

Plusieurs enquêtés considèrent que les enfants vivant avec un handicap mental ne pourront jamais devenir autonomes : « Cet enfant ne peut pas devenir comme les autres. » ; « Il restera toujours dépendant. » Chez certains Dida et Guéré, le handicap est associé à une incapacité durable d'apprentissage : « Même si tu l'envoies à l'école, ça ne change pas beaucoup. » Cependant, certains discours reconnaissent des possibilités d'évolution : « Ils peuvent apprendre un peu si on les aide. » ; « Avec la patience, certains arrivent à faire des choses seuls. » Les perceptions apparaissent plus nuancées chez les

enquêtés ayant connu des expériences positives ou des structures d'accompagnement.

3.5.3. Le poids du regard social

Le regard social est perçu comme un facteur aggravant majeur. Les enquêtés évoquent les moqueries, la honte et le rejet : « Les gens se moquent beaucoup de ces enfants. » ; « Certains parents cachent leurs enfants à cause de la honte. » Certaines familles évitent les espaces publics pour échapper aux critiques. Chez plusieurs Dida et Guéré, la stigmatisation est associée à la peur de la malédiction : « Les familles ont peur qu'on dise qu'elles sont maudites. » À l'inverse, quelques participants estiment que l'acceptation sociale pourrait favoriser l'évolution des enfants : « Si les gens les acceptent, ils peuvent évoluer. »

3.5.4. La rareté des exemples de réussite

Les enquêtés déclarent rarement avoir observé des parcours scolaires ou professionnels réussis chez les enfants vivant avec un handicap mental : « Je n'ai jamais vu un enfant comme ça réussir à l'école. » ; « Ils restent généralement à la maison. » Cette absence de modèles visibles renforce les représentations fatalistes du handicap. Les rares exemples positifs sont présentés comme exceptionnels : « Certains peuvent apprendre un métier simple. » Le manque de structures adaptées, l'accès limité à l'éducation spécialisée et la persistance de la stigmatisation réduisent fortement les possibilités d'insertion sociale. Ainsi, les perceptions du pronostic reposent largement sur les représentations collectives, les conditions d'accompagnement et les opportunités d'intégration offertes aux enfants concernés.

3.6. Prise en charge sociale et réactions communautaires

Dans les communautés gouro, dida et guéré, les réactions à l'égard des enfants vivant avec un handicap mental sont marquées par une forte ambivalence. Elles oscillent entre compassion, peur, rejet, honte et reconnaissance progressive de leur humanité. Les représentations culturelles du handicap influencent directement les comportements familiaux et communautaires, en orientant les formes d'accueil, de protection, de mise à distance ou d'exclusion. Ainsi, le handicap mental n'apparaît pas seulement comme une réalité biologique ; il constitue également une épreuve sociale qui engage la famille, le voisinage et l'ensemble de la communauté.

3.6.1. Pitié, peur, honte et rejet

Dans les trois communautés, les réactions les plus fréquentes sont la pitié, la peur, la honte et le rejet. La différence corporelle et comportementale suscite souvent une compassion mêlée d'inquiétude. Certains enquêtés affirment : « Quand on voit ces enfants, ça fait mal au cœur » ou encore : « Ce sont des enfants qui souffrent beaucoup ». Toutefois, cette pitié coexiste avec des attitudes de méfiance nourries par les croyances mystiques. Plusieurs personnes pensent que l'enfant porte « quelque chose derrière lui » ou qu'il peut « apporter le malheur ».

Chez certains Dida et Guéré, l'enfant handicapé mental est parfois perçu comme une menace symbolique pour la famille ou la communauté. Des propos comme « les gens évitent souvent ces enfants » ou « quand il arrive quelque part, certains reculent » montrent que la peur peut conduire à la mise à distance sociale. La honte familiale constitue également une dimension importante. Des parents évitent de sortir avec l'enfant ou préfèrent le cacher afin d'échapper aux moqueries, aux jugements et aux appellations dévalorisantes.

3.6.2. Marginalisation et pratiques extrêmes

Les représentations négatives entraînent des formes visibles de marginalisation. Dans plusieurs récits, les enfants vivant avec un

handicap mental sont décrits comme isolés, cachés ou exclus des activités ordinaires de la communauté. Certains enquêtés déclarent : « Beaucoup restent enfermés à la maison », « on ne les amène pas souvent aux cérémonies » ou encore « certains enfants ne vont jamais à l'école ». L'exclusion scolaire et sociale apparaît ainsi comme une conséquence directe du regard négatif porté sur le handicap.

Certains discours évoquent aussi des situations plus graves, telles que l'abandon ou la négligence. Des propos comme « certaines familles abandonnent l'enfant » ou « il y a des gens qui disent qu'il vaut mieux le laisser » traduisent la violence symbolique dont ces enfants sont victimes. Dans quelques récits anciens, l'idée d'élimination est même évoquée : « Avant, certains pensaient qu'il fallait éliminer ces enfants ». Même si ces pratiques ne sont pas présentées comme systématiques, elles révèlent l'existence de représentations radicales dans lesquelles l'enfant est parfois considéré comme inutile, dangereux ou non pleinement humain.

3.6. 3. *Humanisation progressive*

Malgré la persistance des attitudes stigmatisantes, les discours recueillis montrent aussi l'émergence de perceptions plus humanisantes. Plusieurs enquêtés rappellent que ces enfants sont avant tout des êtres humains qui ont besoin d'amour, de protection et d'accompagnement. Des expressions comme « ce sont des êtres humains comme nous » ; « il faut aimer ces enfants et les aider » ou « ce n'est pas parce qu'il est différent qu'il faut l'abandonner » traduisent cette évolution du regard.

Chez plusieurs Gouro et Guéré, certains discours insistent sur la nécessité de soutenir l'enfant plutôt que de l'écarter : « Avec l'aide, ils peuvent évoluer » ; « les parents doivent rester avec eux et les soutenir ». D'autres enquêtés soulignent que les mentalités changent progressivement sous l'effet de l'école, des médias, des structures d'accompagnement et des actions de sensibilisation : « Aujourd'hui, les gens comprennent un peu mieux » ; « avant on avait peur, maintenant certains savent que c'est une maladie ».

Les expériences d'inclusion, notamment dans les centres spécialisés ou les structures communautaires, contribuent également à modifier les perceptions : « Quand on voit ce qu'ils arrivent à faire, on change de regard ». Cette humanisation progressive montre que les représentations sociales du handicap mental ne sont pas figées. Elles restent traversées par des tensions entre croyances anciennes et nouveaux discours centrés sur la dignité, l'accompagnement et les capacités des enfants concernés.

En somme, les réactions communautaires face au handicap mental demeurent profondément ambivalentes. Elles combinent peur et compassion, exclusion et protection, stigmatisation et reconnaissance progressive. Cette coexistence de logiques contradictoires montre que les perceptions sociales du handicap sont en pleine transformation, même si les croyances mystiques et les pratiques de mise à distance continuent d'influencer les comportements sociaux.

3.7. Perspectives d'intégration et recommandations communautaires

Les résultats de l'étude montrent que les représentations négatives du handicap mental continuent de limiter l'inclusion des enfants concernés au sein des communautés gouro, dida et guéré. Toutefois, les discours recueillis révèlent également une évolution progressive des perceptions vers davantage d'acceptation, d'accompagnement et de reconnaissance de la dignité de ces enfants. Les recommandations formulées portent principalement sur la sensibilisation des populations, le renforcement des structures spécialisées et le soutien familial et spirituel.

3.7.1. Sensibilisation des populations

Dans les trois communautés, plusieurs enquêtes soulignent la nécessité de transformer le regard social porté sur les enfants vivant avec un handicap mental. Les appellations dévalorisantes, les

croyances mystiques et les jugements sociaux apparaissent comme des obstacles majeurs à leur intégration. Certains participants déclarent : « Il faut arrêter d'appeler ces enfants "enfants serpents". » ; « Les gens doivent comprendre que ce sont des êtres humains. » Pour de nombreux enquêtés, le manque d'information favorise la peur, les préjugés et le rejet : « Beaucoup parlent sans connaître. » ; « Si les populations sont sensibilisées, elles vont changer de comportement. » La sensibilisation est ainsi perçue comme un moyen essentiel de déconstruire les représentations stigmatisantes. Plusieurs participants proposent d'impliquer les chefs traditionnels, les responsables religieux, les enseignants et les médias locaux afin de promouvoir une meilleure compréhension du handicap mental et des droits des enfants concernés.

3.7.2. Renforcement des structures spécialisées

Les enquêtés évoquent également l'insuffisance des centres spécialisés et des dispositifs adaptés de prise en charge : « Il n'y a pas de centre pour aider ces enfants ici. » ; « Les familles ne savent pas où aller. » Les besoins exprimés concernent le diagnostic, l'accompagnement éducatif, le suivi psychologique et l'accès à des écoles adaptées : « Ces enfants ont besoin d'apprendre comme les autres. » Plusieurs participants insistent sur le rôle attendu de l'État dans la création de structures accessibles sur l'ensemble du territoire : « Il faut des structures dans les régions, pas seulement dans les grandes villes. » Les structures communautaires déjà engagées dans l'accompagnement du handicap, comme l'Arche, sont également valorisées pour leur contribution à l'inclusion sociale.

3.7.3. Accompagnement familial et soutien religieux

Les résultats montrent enfin l'importance accordée au soutien familial, affectif et spirituel. Malgré les difficultés rencontrées, plusieurs enquêtés insistent sur la nécessité pour les parents de faire

preuve de patience, d'amour et de persévérance : « Les parents ne doivent pas abandonner leurs enfants. » ; « Avec la patience, l'enfant peut évoluer. » Le rôle de la famille est perçu comme essentiel dans le développement et le bien-être de l'enfant : « Quand la famille accompagne bien l'enfant, il progresse mieux. » La dimension religieuse occupe également une place importante. La prière est souvent présentée comme un soutien moral pour les familles, même si plusieurs participants reconnaissent désormais la complémentarité entre foi et médecine : « Il faut prier, mais aussi aller à l'hôpital. » ; « La médecine et la prière doivent travailler ensemble. » Dans l'ensemble, les perspectives d'intégration mises en avant par les enquêtés montrent que l'amélioration des conditions de vie des enfants vivant avec un handicap mental nécessite une approche globale associant sensibilisation communautaire, structures adaptées, accompagnement familial et collaboration entre ressources médicales et culturelles.

4. Analyse et discussion

L'analyse comparative des représentations sociales du handicap mental chez les Gouro, les Dida et les Guéré met en évidence à la fois des convergences importantes et des spécificités culturelles propres à chaque communauté. Dans les trois groupes étudiés, le handicap mental dépasse largement le cadre biomédical pour s'inscrire dans des systèmes de croyances, de normes sociales et de classifications symboliques qui influencent les perceptions collectives, les attitudes communautaires et les modes de prise en charge. Cette pluralité de significations rejoint les analyses de Moscovici (1961) et de Jodelet (1989), selon lesquelles les sociétés construisent des représentations collectives afin de donner sens à des réalités perçues comme complexes ou inquiétantes.

4.1. Des représentations marquées par l'altérité et le mystique

Dans les trois communautés, le handicap mental est fortement associé à une forme d'altérité sociale et symbolique. Les enfants

concernés sont souvent désignés par des expressions péjoratives ou mystiques telles que « enfant serpent », « enfant mystique », « enfant maudit » ou « enfant de la forêt ». Ces appellations traduisent une perception de l'enfant comme être différent, parfois lié au désordre invisible ou au surnaturel. Ces résultats rejoignent les travaux d'Essomba (2010), de Dassa (2012) et de Dossa (2018), qui montrent que le handicap mental est fréquemment interprété en Afrique à travers des croyances liées aux malédictions, aux esprits ou aux forces invisibles. Les réactions sociales observées — peur, honte, pitié, méfiance ou rejet — révèlent également l'importance des mécanismes de stigmatisation entourant ces enfants.

4.2. Des interprétations culturelles différenciées

Malgré ces points communs, chaque communauté développe des logiques spécifiques d'interprétation. Chez les Gouro, la figure de « l'enfant serpent » occupe une place centrale. Les termes Floa nin ou Mlinnin traduisent une forte symbolisation de l'enfant comme être situé entre le monde humain et le monde invisible. Toutefois, certains discours montrent une ouverture progressive vers des explications biomédicales et éducatives. Chez les Dida, les représentations reposent davantage sur les interdits sociaux, les pactes mystiques, les forces invisibles et la responsabilité morale des parents. Le handicap est souvent interprété comme la conséquence d'un désordre spirituel ou moral, ce qui renforce la culpabilisation familiale, notamment celle des mères. Chez les Guéré, les discours apparaissent relativement plus ouverts aux interprétations médicales. Les enquêtés évoquent plus fréquemment « une maladie », « un problème dans la tête » ou « un trouble de naissance ». Toutefois, les croyances mystiques et les appellations stigmatisantes restent présentes.

4.3. Stigmatisation sociale et pluralisme thérapeutique

L'étude met en évidence d'importants mécanismes de stigmatisation sociale. Les enfants vivant avec un handicap mental sont souvent confrontés aux moqueries, à l'exclusion scolaire, au rejet ou à l'isolement communautaire. Ces résultats rejoignent les analyses de Goffman (1975), selon lesquelles le stigmate transforme une différence visible en identité sociale dévalorisée. Becker (1985) montre également que les appellations populaires fonctionnent comme des étiquettes sociales qui assignent durablement l'enfant à une position marginale. La stigmatisation touche aussi les familles, particulièrement les mères, souvent accusées d'avoir transgressé des interdits. Cette situation rejoint les analyses de Sow (2002) sur les rapports entre maternité, genre et vulnérabilité sociale en Afrique. Les résultats révèlent également un important pluralisme thérapeutique. Les familles associent fréquemment soins biomédicaux, prières, pratiques religieuses et traitements traditionnels. Cette logique cumulative confirme les travaux de Kleinman (1980), de Dozon (1985) et d'Olivier de Sardan (1999), selon lesquels les itinéraires thérapeutiques africains reposent souvent sur la coexistence de plusieurs systèmes de soins. Toutefois, cette pluralité peut favoriser une errance thérapeutique lorsque les parcours ne sont pas coordonnés ou que l'accès aux structures spécialisées demeure limité.

4.4. Apports des recherches non africaines

Les recherches menées hors d'Afrique montrent que plusieurs difficultés observées dans cette étude ne sont pas propres aux sociétés africaines. Cuskelly (2008) souligne que les familles d'enfants vivant avec une déficience intellectuelle sont souvent confrontées au jugement social, à l'isolement et à la réorganisation de leur vie quotidienne. Des études réalisées en Europe et en Amérique du Nord montrent également que les personnes vivant avec une déficience intellectuelle restent fréquemment associées à des images de dépendance et d'incompétence.

Toutefois, une différence importante apparaît : dans les sociétés occidentales, la stigmatisation est davantage liée à la performance, à l'autonomie ou à la productivité sociale, tandis que chez les Gouro, les

Dida et les Guéré, elle demeure fortement articulée aux croyances mystiques, aux interdits et aux forces invisibles. Les travaux récents de l'OMS et de l'UNICEF (2023) insistent également sur le rôle des politiques publiques, de l'éducation inclusive et du soutien communautaire dans l'amélioration des conditions de vie des enfants vivant avec des troubles du développement.

4.5. Dynamiques d'inclusion et transformations des perceptions

Les difficultés vécues par les enfants vivant avec un handicap mental ne résultent pas uniquement de leurs limitations fonctionnelles. Elles sont aggravées par la pauvreté, l'exclusion scolaire, l'insuffisance des structures spécialisées et les barrières sociales. Cette lecture rejoint le modèle social du handicap développé par Oliver (1990) et Shakespeare (2006), selon lequel le handicap résulte autant de l'environnement social que de la déficience elle-même.

Cependant, les représentations sociales du handicap mental évoluent progressivement. Plusieurs enquêtés reconnaissent désormais que ces enfants peuvent apprendre, développer certaines compétences et participer à la vie sociale lorsqu'ils bénéficient d'un accompagnement adapté. Ces évolutions rejoignent les analyses de Memel-Fotê (1998), de Sen (1999) et de Nussbaum (2006), qui insistent sur le rôle des opportunités sociales, éducatives et institutionnelles dans le développement des capacités humaines.

Les expériences inclusives, notamment celles de l'Arche de Bouaké, montrent également que les personnes vivant avec un handicap mental peuvent progresser et retrouver une dignité sociale lorsque l'accompagnement est structuré, valorisant et adapté à leurs besoins.

Conclusion

Cette étude sur les représentations sociales du handicap mental chez les Gouro, les Dida et les Guéré met en évidence l'importance des dimensions culturelles, symboliques et sociales dans la compréhension du handicap. Les résultats montrent que le handicap

mental dépasse le cadre biomédical pour constituer une réalité socialement construite et culturellement interprétée. L'analyse des discours révèle l'existence de systèmes locaux de nomination marqués par l'animalisation, le mystique et l'altérité. Des expressions comme « enfant serpent », « enfant mystique » ou « enfant maudit » traduisent des mécanismes de catégorisation sociale où la différence corporelle et cognitive est perçue comme un désordre ou une rupture de l'ordre social. Ces représentations contribuent à construire une image négative de l'enfant vivant avec un handicap mental et influencent fortement les attitudes communautaires. L'étude met également en évidence une sémiologie populaire fondée sur l'observation des comportements, des capacités fonctionnelles et des caractéristiques physiques des enfants concernés. Les difficultés motrices, les troubles du langage ou la dépendance deviennent des critères de reconnaissance du handicap. Toutefois, cette lecture empirique reste fortement influencée par des croyances symboliques et des jugements sociaux qui renforcent la stigmatisation.

Les résultats montrent aussi un pluralisme étiologique dans lequel se mêlent croyances mystiques, interprétations morales et références biomédicales émergentes. Les explications liées aux esprits, aux malédictions ou aux interdits coexistent avec des références au cerveau, à la naissance ou aux anomalies du développement. Cette hybridation des savoirs influence directement les itinéraires thérapeutiques des familles, souvent marqués par la combinaison de recours biomédicaux, religieux et traditionnels.

L'étude souligne par ailleurs le poids de la stigmatisation sociale dans les expériences vécues par les enfants et leurs familles. Moqueries, peur, honte, exclusion scolaire et dissimulation des enfants montrent que le handicap mental constitue un puissant marqueur d'altérité sociale. Les mères apparaissent particulièrement exposées aux formes de culpabilisation liées aux croyances sur les interdits ou les fautes supposées.

Cependant, les résultats révèlent aussi une évolution progressive des représentations sociales. À côté des logiques de rejet émergent des discours plus humanisants reconnaissant les capacités des enfants ainsi que leur droit à l'éducation et à l'intégration sociale. Les contacts avec

l'école, les structures spécialisées, les médias et les campagnes de sensibilisation contribuent progressivement à transformer le regard porté sur le handicap mental.

L'analyse comparative montre enfin que, malgré un socle commun de représentations fondé sur la peur de la différence et la symbolisation mystique du handicap, chaque communauté développe des logiques spécifiques d'interprétation. Les Gouro restent fortement marqués par la figure de « l'enfant serpent », les Dida accordent davantage d'importance aux interdits et aux forces invisibles, tandis que les Guéré apparaissent relativement plus ouverts aux interprétations biomédicales.

En définitive, cette recherche confirme que le handicap mental constitue une réalité à la fois biologique, sociale, culturelle et symbolique. L'amélioration des conditions de vie des personnes concernées ne dépend pas uniquement des soins médicaux, mais aussi de la transformation des représentations sociales, du renforcement des politiques inclusives, de la sensibilisation communautaire et du développement de dispositifs éducatifs et sociaux adaptés. Cette étude ouvre ainsi des perspectives importantes pour la socio-anthropologie du handicap en Afrique et pour la promotion des droits et de la dignité des personnes vivant avec un handicap mental.

Références bibliographiques

AFRICAN CHILD POLICY FORUM, 2014. *The African Report on Violence against Children with Disabilities*, ACPF, Addis-Abeba.

AVOKE Martin, 2002. « Models of disability in the labeling and attitudinal discourse in Ghana », *Disability & Society*, Vol. 17, N°7, pp. 769-777.

BECKER Howard S., 1985. *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris.

CUSKELLY Monica, 2008. « Families of children with Down syndrome: What we know and what we need to know », *Down Syndrome Research and Practice*, Vol. 12, N°3, pp. 105-114.

DASSA Souleymane, 2012. « Représentations sociales du handicap mental en Afrique de l'Ouest », *Revue Africaine de Sociologie*, Vol. 16, N°2, pp. 45-63.

DOSSA Koffi, 2018. « Handicap mental et exclusion sociale en Afrique de l'Ouest », *Cahiers Africains de Recherche Sociale*, Vol. 12, N°1, pp. 55-74.

DOUGLAS Mary, 1966. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge, Londres.

DOZON Jean-Pierre, 1985. *La société bété : croyances et pratiques thérapeutiques*, Karthala, Paris.

ESSOMBA Jean Roger, 2010. « Handicap et exclusion sociale en Afrique subsaharienne », *Cahiers Africains de Sociologie*, Vol. 8, N°1, pp. 77-95.

GOFFMAN Erving, 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, Paris.

HANDICAP INTERNATIONAL, 2015. *Éducation inclusive et handicap en Afrique de l'Ouest*, Handicap International, Dakar.

INGSTAD Benedicte et WHYTE Susan Reynolds, 1995. *Disability and Culture*, University of California Press, Berkeley.

ISSA Abdou, 2013. « Itinéraires thérapeutiques des enfants handicapés au Niger », *Revue Nigérienne de Sciences Sociales*, Vol. 5, N°2, pp. 61-82.

JODELET Denise, 1989. *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, Paris.

KABORE Pascal, 2017. « Handicap mental et représentations de l'inachèvement au Burkina Faso », *Revue Burkinabè de Sociologie*, Vol. 9, N°1, pp. 88-107.

KLEINMAN Arthur, 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.

MEMEL-FOTÉ Harris, 1998. *Tradition et modernité en Afrique ivoirienne*, CEDA, Abidjan.

MITRA Sophie, 2018. « Disability, health and human development in Africa », *African Journal of Disability*, Vol. 7, N°1, pp. 1-12.

MOSCOVICI Serge, 1961. *La psychanalyse, son image et son public*, Presses Universitaires de France, Paris.

NDIAYE Awa, 2016. « Handicap mental et stigmatisation familiale au Sénégal », *Revue Sénégalaise de Sociologie*, Vol. 14, N°2, pp. 40-58.

NIANGORAN-BOUAH Georges, 1977. *L'univers Akan des poids à peser l'or*, Nouvelles Éditions Africaines, Abidjan.

NUSSBAUM Martha, 2006. *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Harvard University Press, Cambridge.

OLIVER Michael, 1990. *The Politics of Disablement*, Macmillan, Londres.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1999. « Les itinéraires thérapeutiques en Afrique », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 23, N°2, pp. 5-17.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et UNICEF, 2023. *Global Report on Children with Developmental Disabilities: From the Margins to the Mainstream*, OMS, Genève.

OUÉDRAOGO Boureima, 2015. « Représentations culturelles du handicap au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 33, N°4, pp. 71-89.

SEN Amartya, 1999. *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford.

SHAKESPEARE Tom, 2006. *Disability Rights and Wrongs*, Routledge, Londres.

SOW Fatou, 2002. « Genre et vulnérabilité sociale en Afrique », *Recherches Féministes*, Vol. 15, N°1, pp. 31-48.

TRAORÉ Mamadou, 2014. « Handicap mental et exclusion sociale au Mali », *Revue Malienne des Sciences Sociales*, Vol. 6, N°1, pp. 52-70.

UNICEF, 2016. *Study on Stigmatization of Children with Disabilities*, UNICEF Georgia, Tbilissi.

UNICEF, 2021. *Inclusion des enfants handicapés en Afrique de l'Ouest*, UNICEF, Dakar.

WAGENER Amy L., 2019. « Perceptions of Down syndrome and social inclusion: A qualitative study », *Journal of Intellectual Disabilities*, Vol. 23, N°4, pp. 521-537.